ANNO XXXIV Roma, 27 Giugno 1927 Fasc. 26

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. GIOVANNI IN LATERANO IN ROMA
SALA MAGGIORANI.
Primario: Prof. A. CATTAROZZI.

L'importanza prognostica dei processi di sclerosi con destrocardia secondaria nel polmone tubercoloso.

(Contributo clinico).

Dott. MARIO FABERI, aiuto medico.

Lo studio delle retrazioni della gabbia toracica e degli organi che sono in essa contenuti si può far risalire a tempi abbastanza lontani, e certamente anteriori a quelli in cui furono gettate le basi della semeiotica fisica del torace per opera di Auenbrugger e Laënnec.

Anche il Bayle aveva infatti notato, tra le altre sue geniali osservazioni, che in alcuni malati di tubercolosi polmonare, nei quali il processo morboso durava da lungo tempo, la parete toracica « sembrava ritirarsi ».

La scoperta e l'applicazione dei raggi Roentgen, modificando profondamente i metodi di ricerca nelle malattie dei polmoni, portò anche su questo argomento valido ausilio diagnostico.

Si poterono infatti distinguere in tal maniera le retrazioni toraciche imputabili alle affezioni pleuriche, da quelle secondarie ai processi sclero-fibrosi del polmone.

Tali sindromi di attrazione e di retrazione sono oltremodo numerose e complesse, ed è assai difficile darne una classificazione esatta.

Se si scorrono i trattati di patologia, anche i più recenti e i più vasti, poco o nulla si rinviene scritto ai riguardi della patogenesi di queste sindromi.

Eppure l'argomento non è privo d'importanza, in quanto le variazioni che si producono nell'idraulica del cuore e del piccolo circolo, a causa dei detti processi, possono senza dubbio esercitare la loro influenza sull'ulteriore decorso della malattia polmonare.

In alcuni recenti ed interessanti studi compiuti dal Riccitelli, il meccanismo di spostamento per presenza di sostanze liquide o solide in uno degli emitoraci viene considerato come dovuto da un lato alla pressione esercitata da tali sostanze, e dall'altro lato all'azione aspirativa dell'emitorace, nel quale, per condizioni del tutto abnormi, aumenterebbe la pressione negativa.

Ma simili meccanismi, pur essendo di valore indubbio, non riescono a spiegare in ogni caso il fenomeno, e lo stesso autore, in un'altra serie di ricerche condotte in collaborazione del Bellucci, ammette che più di frequente entrino fondamentalmente in causa i processi flogistici i quali, propagandosi per tramite della via linfatica del polmone al pericardio, fanno subire a quest'ultimo l'azione retraente del connettivo pleurico ed interlobulare.

Bisogna dunque aggiungere al fattore patogenetico di carattere puramente meccanico un altro meccanismo, che possiamo chiamare di origine flogistica.

Se ora pensiamo che l'adesione interessi il pericardio per tutta la sua altezza, e che il meccanismo di trazione si compia verso il lato destro, è logico che si possa giungere alla costituzione di uno stato di « destrocardia », che chiameremo « acquisita » in contrapposto a quella congenita, per inversione dei visceri. Molti casi del genere sono stati in vari tempi riportati, secondari a presenza patologica tanto di liquidi che di solidi in uno degli emitoraci.

A questi bisogna però aggiungere tutti gli altri casi, egualmente abbastanza frequenti, rappresentanti uno degli esiti lontani di pneumotorace terapeutico.

Se vogliamo interpetrare il meccanismo patogenetico di questi ultimi, siamo portati a considerare per essi pure i vari fattori cui sopra si è accennato. Se infatti ha da un lato valore indubbio lo spostamento degli organi, non bisogna d'altro lato disgiungere da questo il fattore assai importante dei processi di sclerosi pleuro-polmonare, per i quali, avvenuta la scomparsa del gaz dalla cavità toracica, si ritrova una profonda alterazione dei rapporti anatomici normalmente esistenti tra il mediastino e gli organi in esso contenuti.

Quel che conviene rilevare si è che tutto quanto precede ha importanza non solo teorica, ma anche pratica, in quanto si riferisce all'influenza esercitata dai vari processi di retrazione polmonare e toracica sull'ulteriore andamento della malattia tubercolare.

Sono stati infatti osservati dei casi nei quali, in seguito a tali processi, si verificò una guarigione della forma morbosa.

Su questi ha recentemente richiamato l'attenzione il Morelli, il quale prende in considerazione la possibilità di una guarigione cicatriziale della tisi in seguito ad uno pneumotorace artificiale terapeutico, mantenuto per qualche tempo. In tali casi si potrebbe dire che, in sostanza, si tratta quasi della elaborazione di un processo di toracoplastica naturale.

Ma ciò è ben lungi dal rappresentare un avvenimento molto frequente.

Il medico deve infatti sovente constatare come, sospeso il trattamento pneumotoracico per una qualsiasi ragione, rappresentata il più delle volte dal progredire di lesioni attive nel polmone opposto, nonostante che si sia raggiunto il compimento del processo sclerogeno in parola, la malattia seguita ad evolvere inesorabile anche nel polmone già collassato.

Un caso recente, caduto sotto la nostra osservazione, ha per l'appunto la sua importanza per questa ragione duplice. Mentre cioè rappresenta un esempio caratteristico di destrocardia acquisita, secondaria alla cura dello pneumotorace artificiale, e dovuta appunto ai fatti di sclerosi pleuro-polmonare che coinvolsero in secondo tempo il pericardio, dimostra pure una volta di più quanto infausta sia la prognosi delle forme tubercolari bilateralizzatesi, nonostante che la buona formazione ed evoluzione dello pneumotorace dal lato primitivamente affetto abbia quivi favorito la costituzione di notevoli fatti di sclerosi.

G. C., di anni 43, nubile, donna di casa. Il gentilizio è assolutamente immune da tara tubercolare. Soffrì in tenera età di scarlattina ed erisipela. Mestruò a 17 anni, e le mestruazioni furono in seguito sempre abbastanza regolari per quantità, durata ed epoca di comparsa. Non è stata mai bevitrice, ed ha condotto sempre vita piuttosto sedentaria, senza strapazzi nè privazioni notevoli.

Godette di discreta salute fino al 1918, allorquando, in seguito ad infezione grippale, ebbe delle febbri a tipo irregolare, durate lungo periodo, e accompagnate da tosse secca insistente e da deperimento progressivo e notevole.

In seguito a cure adatte ed a riposo in località climatica, la malata si riebbe a poco a poco, e la febbre scomparve, residuando solo un poco di tosse.

Ma nel gennaio 1919, improvvisamente, in seguito ad un colpo di tosse, emise del sangue puro, in quantità non abbondante. Per consiglio del medico curante si recò in località della Svizzera, e quì soggiornò per 2 mesi, ritraendone in-

dubbio giovamento, inquantochè acquistò di peso, e la tosse sparì quasi del tutto. Alla fine dello stesso anno, però, di nuovo riapparve la febbre, la tosse e il dimagramento lento, ma progressivo.

Trascorsi così parecchi mesi di alternative di malattia e di relativo miglioramento, si decise, per consiglio del proprio medico, a farsi ricoverare nell'ospedale di S. Giovanni, onde iniziare la cura con lo pneumotorace.

Al suo ingresso all'ospedale l'e. o. permetteva di rilevare i seguenti dati: Stato generale di nutrizione scadente; cute e mucose visibili pallide; lingua patinosa, umida; numerose piccole ghiandole nelle varie stazioni linfatiche, di cui alcune più grandi nella regione sottoascellare di destra, dure, mobili, indolenti; polso piccolo, molle, ritmico, regolare.

diaframma si muove bene d'ambo i lati, e i seni si rischiarano.

Esame dell'espettorato: Positivo per il b. di Koch.

Reazione di Wassermann: negativa.

Urine: Traccie di albumina. Assenza di altri elementi chimici e microscopici patologici.

Sangue: Hb. 40. G. R.: 3.400.000. V. G.: 0,6 G. B.: 9300. Formula leucocitaria: Pol. neutr. 63; id. eos. 2; id. bas. 0; linfociti 25; grossi mononucleati 9; forme di passaggio 1. Modica anisocitosi; qualche raro normoblasto.

Andamento della temperatura irregolare, con elevazioni intorno ai 38°-39° C specialmente nelle ore pomeridiane.

Espettorato non abbondante.

Sulla base di tale reperto si decide l'applica-

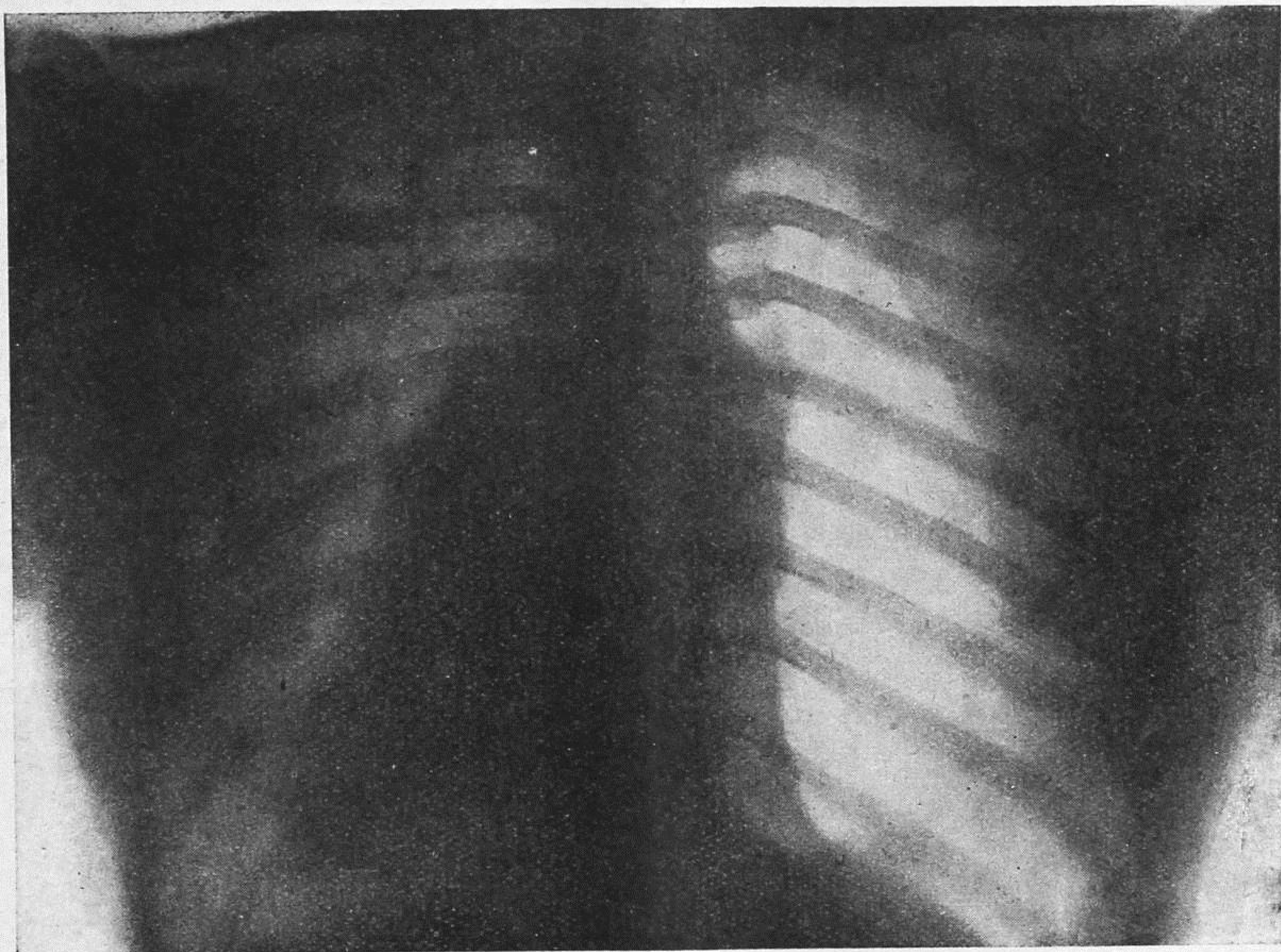


FIG. 1

Torace: scarno, con fosse sopra e sottospinose, sopra e sottoclavicolari accentuate; margini polmonari inferiori discretamente mobili. Alla percussione: ipofonesi sull'apice destro, che è più ristretto del sinistro; ipofonesi anche sulla regione interscapolo-vertebrale dello stesso lato. Fremito vocale tattile aumentato sulle regioni ipofonetiche, ove si ascolta: broncofonia netta, respiro aspro con espirazione prolungata e gruppi numerosi di rantolini umidi fini, crepitanti.

Cuore: nei limiti. Toni deboli.

Addome e organi addominali: nulla di notevole.

Reperto radiologico: Aumento bilaterale delle ombre ilari, più accentuato a destra. Apice destro ristretto ed opacato, non rischiarabile con la tosse; opacamento anche del sottapice con presenza di areole. Tralci di ombra variamente confluenti sul restante ambito polmonare destro. Il

zione di uno pneumotorace artificiale a destra, il cui inizio e i successivi rifornimenti si susseguono regolarmente, ottenendosi un collasso totale del polmone (fig. 1).

Contemporaneamente si istituisce cura remineralizzante e dietetica.

Le condizioni generali dell'inferma vanno lentamente migliorando; la febbre diminuisce per cessare quasi del tutto; l'espettorato pure sempre in minor quantità, con scomparsa dei bacilli. L'appetito torna discreto; si acquistano nello spazio di 6 mesi 4 kilogrammi di peso.

Permanendo il miglioramento, si dimette dopo 10 mesi.

Per altri 3 anni consecutivi vengono regolarmente eseguiti i rifornimenti di azoto, e in tutto questo periodo lo stato generale si mantiene soddisfacente, senza più febbre nè tosse.

Nel maggio 1924 viene interrotto lo pneumo-

torace, considerando di aver raggiunto il massimo effetto terapeutico.

Qualche mese dopo la malata incominciò ad accusare dispnea modica, accentuantesi in occasione di sforzi corporei, e rari accessi asmatiformi la notte.

Si accorse inoltre che le pulsazioni cardiache si percepivano in corrispondenza della regione mammaria destra invece che della sinistra. Sottoposta nell'aprile 1925 a nuovo controllo radiografico, si ebbe la conferma della destrocardia costituitasi (fig. 2).

Nel maggio dello stesso anno si verificò improvvisamente un'altra abbondante emottisi, per la quale l'inferma fu di nuovo accolta nell'ospedale, ove le furono praticate 5 iniezioni di vaccino curativo Martinotti, a dosi progressive. Tale cura

centuatamente pallide: labbra e pomelli un poco cianotici. Lingua patinosa, umida; faringe pallido, granuloso. Si palpano ghiandole numerose nelle varie sedi, ma specialmente nelle regioni sottoascellari, ove alcune raggiungono la grossezza di piccole noci, dure, mobili, indolenti. Polso frequente, piccolo, depressibile, ritmico, eguale.

Torace: Scarno, con notevole accentuazione delle fosse fisiologiche. L'espansione di ambedue gli emitoraci è limitata, specialmente alla metà destra, la quale è più ristretta della sinistra. Polmone sinistro: ipofonesi in corrispondennza della regione soprapinosa, sottoclavicolare e interscapolo-vertebrale. Respiro aspro su tutto l'ambito, più accenutato sulle zone ipofonetiche, ove si ascoltano anche scarsi rantolini fini, crepitanti.

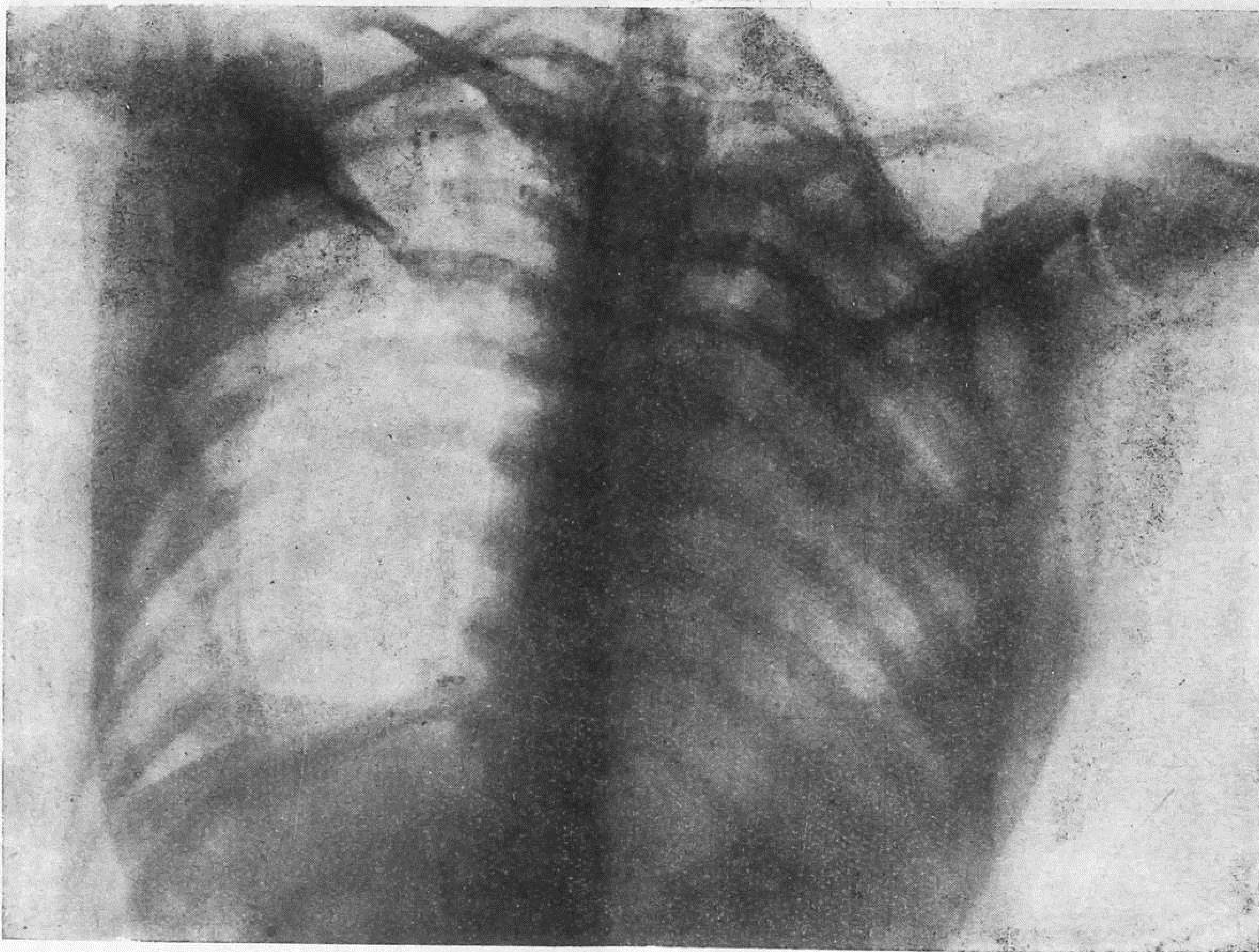


FIG. 2

fu sospesa, ripetendosi di tanto in tanto modiche emottisi.

In 2 mesi di degenza non si verificò miglioramento troppo sensibile, per cui, essendo la stagione propizia, l'inferma si recò in località di collina, non praticando più alcuna cura medicamentosa, ma limitandosi ad osservare una iperalimentazione razionale.

Ma nemmeno in tal maniera si verificò il miglioramento sperato, anzi la febbre serotina si fece più insistente, il dimagramento e l'anoressia si accentuarono, la dispnea fu sempre più molesta.

Per tali ragioni, nel gennaio 1926, chiese di venire accolta di nuovo nell'ospedale.

Dal nuovo e. o. risultò:

Decubito indifferente, sensorio integro, modica dispnea anche allo stato di riposo. Stato generale di nutrizione molto scadente: cute e mucose ac-

Polmone destro; ipofonesi accentuata sulle regioni sopra e sottospinosa, sopra e sottoclavicolare, e nello spazio scapolo-vertebrale, con aumento del fremito vocale tattile. Suono ridotto anche sul restante ambito. All'ascoltazione: respiro aspro diffuso, intenso sulle regioni ipofonetiche, accompagnato da gruppi di rantolini umidi fini, in parte scomparenti con la tosse.

Cuore: Suono polmonare un poco ridotto sulla regione cardiaca, a sinistra. A destra linea di ottusità che da un dito circa in corrispondenza del 2° spazio raggiunge l'emiclaveare al 5° spazio, confondendosi qui con quella epatica. La punta non è visibile nè palpabile. Ottusità forte retrosternale. Toni cardiaci deboli; il primo tono sdoppiato su tutti i focolai; 2° polmonare forte.

Giugulari turgide; non si palpa l'arco aortico al giugulo.

Addome: trattabile, indolente su tutti i qua-

dranti. Il fegato deborda 1 dito, di consistenza normale. La milza si palpa sotto l'arco costale nelle profonde inspirazioni, indolente.

Pressione arteriosa: A destra: Ma. 115; Mi. 75. A sinistra: Ma. 110; Mi. 75.

Esame dell'espettorato: presenza di abbondanti b. di Koch e di numerose fibre elastiche.

Reazione di Wassermann: Negativa.

Urina: Modica albuminuria, con qualche cilindro ialino nel sedimento.

Esame del sangue: Hb. 30; G. R.: 2.100.000; V. G.: 0,59; G. B.: 9300. Formula leucocitaria: Pol. neutr. 58; id. eos. 2; id. bas. 0; linfociti 23; grandi mononucleati 15; forme di passaggio 2. Accentuata anisocitosi; modica poichilocitosi; rarissimi normoblasti.

Esame radioscopico: Destrocardia acquisita; il fascio vascolare trovasi a destra del rachide, a circa 1 dito di distanza dallo stesso. La punta trovasi sempre a sinistra dell'ombra cardiaca, al disopra del diaframma, nascosta dal rachide. Il cuore, oltre che spostato è anche ruotato verso destra. Polmone D.: chiazze di ombra su quasi tutto il campo, confluenti nella regione mediotoracica e in una zona quasi uniforme. Abbastanza chiara la base. Polmone S.: chiazze d'ombra sparse nel mediotorace e nel sottapice. Il diaframma si muove abbastanza bene d'ambo i lati.

Durante tutta la degenza la temperatura si mantiene costantemente intorno ai 38°-39° C., con modiche remissioni mattutine. Lo stato generale è sempre più misero; l'appetito scarso; in un mese si assiste alla diminuzione di 3 kilogrammi di peso. La dispnea è costante, la tosse e l'espettorato insistenti. Nessun benefico influsso si ottiene dalla cura del riposo assoluto misto all'iperalimentazione.

La malata, sempre più sfiduciata e sofferente, lascia alla fine del marzo l'ospedale, facendosi trasportare dai parenti in un paese di collina. Dopo qualche tempo ci giunge notizia che la morte è sopravvenuta in istato di cachessia avanzata.

Riepilogando, nel nostro caso la destrocardia non ha rappresentato che la risultante di un'attrazione del mediastino, del cuore e dei grossi vasi per opera dei processi retrattivi delle aderenze patologiche stabilitesi tra pleura destra e pericardio, durante l'evoluzione e il mantenimento di uno pneumotorace terapeutico.

La sclerosi pleuro-polmonare destra, che è stata la conseguenza ultima di tale retrazione progressiva, non ha però favorito la guarigione del processo tubercolare, come era desiderabile.

Indipendentemente infatti dalla bilateralizzazione della malattia, si è assistito a un progressivo aggravarsi dell'inferma, nella quale la cianosi persistente e la dispnea hanno svelato l'influsso sfavorevole esercitato dallo squilibrio idraulico nel piccolo circolo, per lo spostamento del cuore e dei grossi vasi.

La conclusione pratica che se ne detrae è dunque che bisogna essere molto guardinghi nell'emettere un giudizio prognostico in un soggetto tubercoloso, nel quale il processo si avvii verso la sclerosi; poichè tale prognosi potrà essere a un dato momento adombrata oltre che dall'insorgenza di focolai dal lato opposto, ancor più dagli eventuali spostamenti del mediastino e degli organi in esso contenuti.

BIBLIOGRAFIA.

RICCITELLI. *Contributo clinico e radiologico allo studio del meccanismo degli spostamenti del cuore.* La diagnosi, a. II, 1922, 9-10.

RICCITELLI e BELLUCCI. *Contributo allo studio radiologico e clinico degli spostamenti del cuore in presenza di lesioni tubercolari del polmone.* La radiologia medica, vol. XII, 1925, 1.

SEGA. *Gli spostamenti acquisiti permanenti del mediastino da sclerosi pleuro-polmonare.* Arch. di pat. e clin. med., 1923, 4.

KIRSCHMANN. *Il quadro radiologico del cuore nella tubercolosi polmonare.* Klin. Woch., 1924, n. 17.

JAUGEAS. *Précis de radiodiagnostic.* Masson, 1918.

BARBIER. *Un caso di destrocardia nel decorso di una sclerosi polmonare tubercolare destra.* Bull. et. Mém. Soc. Med. hôp. de Paris, 23-2-1900, p. 187.

L. BERNARD e BARON. *Le pleuriti dello pneumotorace artificiale.* Presse Méd., 10-12-1924.

J. BERTIER. *Destrocardia per attrazione.* Bull. Méd., 1913, n. 75.

CHARLIER e REBOTTU. *Destrocardie acquisite.* Paris Méd., 1912, n. 42.

CLERC e LÉVY. *Riflessioni su 2 casi di destrocardia.* Bull. et Mém. Soc. Méd. hôp. de Paris, 28-1-1926, p. 63.

GALLIARD. *Un caso di destrocardia.* Soc. Méd. des hôp., 8 maggio 1918.

JACQUEROD. *Sugli spostamenti del cuore con attrazione.* Soc. des Méd. de Leysin, 28 marzo 1912.

LEURET et JONCHÈRES. *Sclerosi polmonare e destrocardia.* Soc. Anat. clin. de Bordeaux, déc. 1924.

MORELLI. *La pleurite sclerogena dello pneumotorace artificiale.* Soc. Méd. des hôp. de Paris, n. 13, 9 aprile 1925.

RIST. *Modificazioni statiche e cinematiche del cuore nel corso dello pneumotorace.* Ibid., 12 déc. 1913.

GUINARD et HINAULT. *Contributo allo studio delle retrazioni polmonari e toraciche.* Rev. de la tuberculose, n. 4, agosto 1926.

Nota. — Le radiografie ci sono state cortesemente favorite dal primario radiologo prof. SARACENI.

NOTE E CONTRIBUTI.

Sull'importanza della contusione erniaria nella patogenesi del cosidetto pseudostrozzamento.

Prof. G. FRATTIN (Modena).

Sotto il nome di pseudostrozzamento erniario — o, meglio, di apparente strozzamento (*Scheineinklemmung*, secondo il Clairmont (1) — intendiamo quel complesso di sintomi caratteristici dell'occlusione intestinale, che, per la contemporanea presenza di un'ernia esterna, possono indurre nel giudizio di ernia strozzata, mentre invece le cause dell'occlusione sono di altra natura.

Nei trattati e nella letteratura speciale la contusione erniaria è per lo più considerata soltanto quale causa di gravi lesioni perforanti dell'intestino ernioso, o come momento etiologico di infiammazione erniaria. Tuttavia la contusione erniaria, quale possibile causa di gravissime complicanze anche indipendentemente da perforazioni viscerali, deve essere presa in seria considerazione; e tanto più perchè essa può talora essere in rapporto coll'uso di cinti erniarii insufficienti, non bene costruiti, o non convenientemente applicati. Sono anzi queste contusioni senza perforazione viscerale che meritano particolarmente la nostra attenzione, per la loro maggiore frequenza e per il vario succedersi e manifestarsi delle complicanze capaci di dare i fenomeni di occlusione.

La singolarità di reperti dovuti all'esistenza dell'ernia, e che potrebbero essere interpretati in modo da avvalorare il giudizio di ernia strozzata, deve essere tenuta presente tra le possibili cause di errore diagnostico (2).

L'ernia può anche essere effettivamente ridotta al momento dell'esame dell'ammalato; ma dinanzi alla imponenza dei sintomi può ancora il chirurgo essere tratto in errore, giudicando, a torto, che possa trattarsi di riduzione in massa.

Gli effetti del trauma sui visceri contenuti in un'ernia sono evidentemente analoghi a quelli che si osservano in seguito a traumi sull'addome; soltanto, la minore difesa del contenuto erniario può spiegare perchè siano sufficienti traumi di minore intensità a determinare nei visceri erniosi lesioni di grado pari a quelle che traumi più violenti possano produrre attraverso le pareti addominali.

La contusione dell'ernia può, senza strozzamento, determinare fenomeni di occlusione per l'insorgenza dell'ileo paralitico. Pure ammettendo che l'ileo paralitico possa stabilirsi primitivamente, in dipendenza diretta, cioè, dell'atto puramente meccanico della contusione, esso fu tuttavia con maggiore evidenza e frequenza constatato in seguito allo sviluppo della peritonite.

In una serie di ricerche sperimentali (3) potei io stesso constatare i fenomeni alternanti di contrattura e di paresi in corrispondenza ed in prossimità del tratto leso, come pure lesioni parziali delle tonache intestinali atte a lumeggiare la patogenesi della peritonite da propagazione. Quando poi, in corrispondenza del tratto leso, si distaccava per più o meno limitata estensione il mesentere, o se ne legavano i vasi, riproducendo una condizione di cose frequente a constatarsi anche clinicamente in seguito a traumi, non solo aumentava la probabilità della successiva peritonite, ma i fenomeni di ileo primitivo si rendevano più frequenti e manifesti. Anzi la sola interruzione, anche parziale, dei vasi mesenterici può essere sufficiente a determinare l'ileo paralitico; per quanto non sia agevole il decidere, anche sperimentalmente, quanta importanza si debba attribuire nella produzione dell'ileo paralitico alle conseguenze immediate delle lesioni in sè stesse (shok, infarto emorragico), e quanta invece al subentrare della peritonite per propagazione di germi infettivi attraverso la parete intestinale lesa (4).

Allo stesso modo, del resto, possono susseguirsi clinicamente i fatti nella contusione addominale, rispettivamente nella contusione erniaria: anche in questi casi l'ileo paralitico eventualmente manifestatosi in conseguenza diretta ed immediata del trauma, può essere in seguito sostenuto dall'insorgenza della peritonite.

Il Clairmont fa consistere nella concomitante peritonite la causa unica dell'ileo paralitico, capace, per la accidentale presenza di un'ernia, di simulare i fenomeni dell'ernia strozzata. Ma fra le varie cause della peritonite stessa: *rottura di gravidanza extrauterina (peritonite asettica); rottura traumatica dell'intestino; appendicite; pancreatite acuta emorragica*, non è fatta menzione

---

(1) P. CLAIRMONT. *Die Scheineinklemmung von Brüchen*. Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 88, Heft III, 1909.

(2) Nel mio caso, che avrò occasione di citare più innanzi, coesisteva un idrocele cistico del sacco erniario.

(3) G. FRATTIN. *Sulla patogenesi della peritonite traumatica senza perforazione (intestinale)*. Il Policlinico, Sez. chirurgica, vol. XIX, 1912.

V. anche in proposito il lavoro di G. PEREZ: *Sulle contusioni dell'addome*. Archives Internationales de Chirurgie, vol. II, fasc. 4, 1905.

(4) G. FRATTIN. *Sugli effetti dell'occlusione delle radici enteriche della vena porta*. La Clinica Chirurgica, 1907.

della eventualità di una peritonite da propagazione, in dipendenza di contusione erniaria.

Di gran lunga il più frequente fra i momenti causali della peritonite constatata in casi di apparente strozzamento erniario è l'appendicite; ma ciò non può essere motivo sufficiente perchè si giudichi trattarsi di appendicite ogni qualvolta si trovi una peritonite purulenta senza che sia possibile, all'intervento, di determinarne con certezza la causa. Giustamente il Donati (5) ha insistito sulla grande importanza di una esatta anamnesi; per quanto si riferisce alla ricerca diagnostica dell'appendicite nei casi dubbi di strozzamento erniario, ricordo una recente nota del Giordano (6), nella quale la questione è trattata con compendiosa evidenza.

Riguardo al meccanismo di produzione della peritonite da propagazione, e cioè senza perforazione, ma soltanto per passaggio di microrganismi attraverso le pareti intestinali, nota ancora il Donati (l. c.) che « sembra assodato che bastino in certi casi lesioni molto leggiere delle pareti intestinali perchè esso (passaggio di microrganismi) possa avvenire ».

Parecchi anni addietro ho pubblicato un caso di apparente strozzamento erniario (7), nel quale mi credetti autorizzato a ritenere che la peritonite purulenta, simulante, per i fenomeni di ileo paralitico, lo strozzamento, fosse appunto in rapporto causale con una contusione dell'intestino ernioso determinata per mezzo del cinto, chiaramente denunciata dalla anamnesi.

Un caso che mi sembra abbia molta analogia col mio fu descritto molto recentemente da Oliva (8). In questo caso, al sopravvenire dell'accidente che ha determinato l'insorgenza dei fenomeni di apparente strozzamento, l'ammalato soffriva da qualche giorno di turbe gastro-intestinali: è probabile, quindi, che i germi nell'intestino si trovassero in istato di esaltata virulenza. Io penso anzi che questa circostanza possa più facilmente influire sulla produzione di complicanze gravi dovute al passaggio di germi attraverso la parete che non la semplice ripienezza dell'intestino, funzionante, del resto, in modo fisiologico: nei miei esperimenti, infatti, non ho constatato alcuna differenza di comportamento tra gli animali operati a digiuno e quelli contusi nell'intestino dopo un pasto abbondante. Ciò non distrugge, però, l'importanza della ripienezza dell'intestino quando al trauma consegua la perforazione, perchè in tal caso vien reso più facile e più abbondante il versamento nel peritoneo del contenuto intestinale.

La contusione di un'ernia enterica libera — prescindendo qui dall'eventualità di perforazione intestinale o di localizzata infiammazione erniaria — può, quindi, determinare fenomeni di apparente strozzamento: talora per lo shok, o per le lesioni circolatorie in dipendenza diretta del trauma; più frequentemente per la peritonite causata dal passaggio di germi infettivi attraverso la parete intestinale contusa.

La contusione erniaria può essere determinata da qualunque agente esterno; dalla violenta proiezione del contenuto erniario, già ridotto, per azione di uno sforzo corporeo, attraverso i contorni resistenti della porta erniaria, verso il sacco; dallo schiacciamento esercitato, contro i margini della porta erniaria e la contratta parete addominale, da un cinto erniario, alla cui contenzione l'ernia sia riuscita a sfuggire mediante il meccanismo ora descritto.

Modena, novembre 1926.

(5) M. DONATI. *Chirurgia dell'addome*. Torino, U.T.E.T., 1914.

(6) D. GIORDANO. *Gli erniosi appendicitici*. Annali italiani di Chirurgia, anno III, fasc. I, 1924.

(7) G. FRATTIN. *Contusione erniaria da cinto, seguita da peritonite purulenta*. Rivista Veneta di Scienze Mediche, anno XXVII, fasc. V, 1910.

(8) C. OLIVA. *Sullo pseudostrozzamento erniario da peritonite purulenta*. Il Policlinico, Sez. chirurgica, anno XXXIII, fasc. 9, 1926.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Santonina e Chenopodio.

Dott. DOMENICO DEL DUCA.

Quando s'inizia una malattia nei bambini, specialmente nelle campagne, le madri pensano subito ai vermi, e, spesso, sui monti della Toscana, si vede un vezzo di parti di allium sativum, che dovrebbe restituire, colla sua benefica essenza, la salute.

Certamente molti bambini (50 %) ospitano i vermi, e specialmente l'ascaride lombricoide, il quale, se, in genere, non rivela la sua presenza o determina vaghi sintomi, a volta può essere causa di grave pericolo per la vita. Di tutti gli antielmintici, sono ancora largamente usati, nella pratica, contro gli ascaridi, la Santonina e l'olio di Chenopodio.

La santonina, anidride dell'acido santonico, è contenuta (2 %) insieme al cineolo (8 %) nelle calatidi di artemisia; è usata nella dose di gr. 0,01 per anno di età, generalmente con calomelano, mentre alcuni consigliano la santonina con olio di ricino (Lewin, Kuchenmaker), perchè non si dissolva nello stomaco e passi tutta nell'intestino, in modo da evitare le turbe nervose e visive. Altri poi preferiscono il seme santo, il quale sarebbe nettamente superiore alla santonina, per-

chè il cineolo contribuisce all'azione parassiticida e ostacola l'assorbimento della santonina da parte della mucosa gastro-enterica (Martin). Ma anche colla comune dose di santonina possiamo assistere a intensi avvelenamenti e senza avere spesso alcuna azione vermifuga. Mentre da noi è molto usata la santonina, nel nuovo mondo domina il chenopodio e la missione Rockfeller, nel Brasile (Paranhos), ne ha stabilita la netta superiorità sugli altri antielmintici. Il Ronchetti, in proposito, scrive: « Chi ha provato le disillusioni che dà l'infida santonina, non rinuncerà facilmente al Chenopodio ».

Ma il chenopodio può anch'esso determinare accidenti tossici e talora anche la morte (del Duca). Secondo mè, la questione della tollerabilità del chenopodio si può risolvere solamente con una soluzione titolata e stabile del principio attivo, ch'è l'ascaridolo, il quale è variamente contenuto nell'olio, a seconda dei terreni di cultura e del modo d'estrazione.

A stabilire la superiorità del chenopodio sulla santonina citerò un caso molto importante di ascaridiasi, in cui ho potuto usare successivamente le due sostanze.

Il giorno 2 luglio 1926 visitai la bambina L... Martini, di Dama, di mesi 30, la quale, da molti giorni, aveva inappetenza, ventre tumido, temperatura normale. Nulla rilevando, nei diversi apparati organici, di notevole, consigliai gr. 0,025 di santonina con anagr. 0,125 di calomelano e scammonea. La bambina ebbe varie evacuazioni, senza emettere alcun verme, mentre le condizioni di salute rimasero immutate. Dopo alcuni giorni la piccola inferma riprese, inutilmente, la medesima dose di santonina. Rividi la malata a distanza d'una settimana in condizioni pietose: era in uno stato agonico e non rispondeva ad alcuna eccitazione. Solamente per dare ancora una speranza alla famiglia, ordinai dell'infuso di caffè e quindi del chenopodio in olio di ricino.

Dopo due giorni venne la madre della L... da me; credevo venisse per avere il certificato di morte e invece mi comunicò che la bambina, dopo aver emesso 348 vermi, era ritornata ai suoi giochi.

Difficilmente si trova forse nella letteratura medica un altro caso di piccola bambina, la quale abbia emesso un numero così considerevole di ascaridi, sui quali la santonina non ha mostrata alcuna efficacia.

Chiusi in Casentino, li 14 aprile 1927.

BIBLIOGRAFIA.

DEL DUCA. *L'essenza di chenopodio non è scevra d'inconvenienti.* Lettura Medica, n. 12, 1925.
MARTIN. *Formulaire Magistral.*
PARANHOS. *Elementos de Therapeutica Medica.*
RONCHETTI. *Il chenopodio come antielmintico, Efficacia. Inconvenienti.* Terapia Contemporanea, n. 7, aprile 1926.

RIVISTA SINTETICA.

Le simpatie interdigestive.

Dott. TULLIO CECCHETELLI.

Lo studio e la meditazione di una bella monografia pubblicata nello scorso febbraio dagli *Archives des maladies de l'appareil digestif e des maladies de la nutrition,* fondato da Albert Mathieu, mi ha spinto a ricapitolare i criteri fondamentali a' quali tutti i medici, e specialmente i pratici, dovrebbero aver presenti ogni qualvolta imprendono la cura di malati degli organi della digestione.

Pur troppo il medico generico non ha il più delle volte la preparazione anatomica, fisiologica, patologica, chimica e clinica per poter indirizzare i suoi consigli. Ha a sua disposizione un comodo ricettario facile e confidente al quale subito ricorre credendosi sicuro di cogliere nel segno, e se dinnanzi ad un ipercloridrico con degli alcalini, se dinnanzi ad un ipocloridrico con degli acidi, imprende a viso aperto la battaglia. Non sa farsi delle obiezioni perchè non conosce i problemi da risolvere e vede facile il più delle volte perchè non sa combattere il difficile. E pure non sempre, ma spesso criteri solo fondamentali sarebbero sufficienti a indirizzare l'inconscio Esculapio sulla retta via.

Tutte le lesioni del tubo gastro-intestinale hanno delle ripercussioni a distanza su le altre parti dell'apparecchio digestivo, e queste ripercussioni sovente si intersecano dando luogo a circoli viziosi grandemente difficili a rompersi se non si curano tutte le cause che li hanno prodotti.

Una volta che un disordine digestivo è creato in un punto qualunque, tende a creare un altro disordine o un'altra perturbazione che perpetua, aggrava e intensifica il primo sintoma. Le armoniche funzioni del sistema nervoso producono una correlazione di interreazioni complesse che è difficile sciogliere.

Ad esempio nell'ipercloridria la serratura del piloro difende il duodeno da un chimo troppo acido. Nella colite lo spasmo protegge l'intestino contro nuove irritazioni.

Questa successione di reazioni è un vero concorso fisiologico. Ma spesso le reazioni successive divengono patologiche, l'assistenza che si portano i diversi organi cede, e allora un nuovo organo o un nuovo sistema cede per l'alterazione del primo. Lo stesso sistema nervoso è colpito, le reazioni si intricano e il quadro si fa sì complicato che spesso è difficile conoscere il punto di partenza del processo patologico.

Solo il metodico e diligente studio del malato dà la soluzione diagnostica e terapeutica. Nell'in-

sufficienza gastrica bisogna ricordarsi delle alterazioni delle secrezioni sottogiacenti spesso non vedute e non trattate e non bisogna dimenticare le conseguenti reazioni colitiche.

Nello spasmo consecutivo alla colite il giuoco dell'infezione è importante giacchè i disordini tossici locali e generali creano profonde modificazioni secretorie, nervose e meccaniche e circolatorie. La lotta allora non deve esser limitata alla sola infezione e alle complicazioni tossiche e settiche, ma si deve indirizzare alle differenti deficienze che hanno permesso l'evoluzione microbica.

Cotesti esempi mostrano che la terapia sintomatica è quasi sempre insufficiente ed è sempre necessario risalire alle cause e ricercare le ripercussioni a distanza dell'alterazione locale e curare simultaneamente tutti i punti del circolo vizioso.

Tutto ciò è spesso difficile e per rivelare le cause e per applicare la terapia, ma deve esser sempre tentato.

La relazione dell'apparato digestivo con il resto dell'organismo è di certo complicatissima nè si può in un breve studio stabilirne le leggi. Bisogna contentarsi di qualche divisione schematica esposta in capitoli generici che richiamano poi e mettono sott'occhio i diversi casi particolari. È tutta questione di metodo, come dissi, aver principi fondamentali chiari e lontani da pregiudizi.

Si può adunque dividere lo studio in simpatie interdigestive:

Secretorie;
Circolatorie;
Nervose e
Meccaniche.

Simpatie secretorie. — La scialorrea di origine gastrica è spesso l'indice di una ipersecrezione gastrica o isolata o accompagnata da ulcera. Gli alcalini, l'atropina ne cureranno le cause. Anche la colite e le alterazioni epato-biliari possono produrre tale fenomeno. La belladonna troverà anche in cotesti casi la sua indicazione. Le simpatie gastro-intestinali sono causate o da insufficienza gastrica o al contrario anche da ipercloridria. L'ipopepsia e l'achilia portano come conseguenza un'accelerazione dell'evacuazione gastrica perchè si sa che l'evacuazione pilorica è regolata dalla neutralizzazione duodenale dell'acidità gastrica. Essa ha inoltre come frequente corollario un deficit bilio-pancreatico caratterizzato dall'achilia pancreatica e dall'insufficiente secrezione epatobiliare. Così gli alimenti insufficientemente modificati irritano l'intestino e spesso avviene una accelerazione della digestione con ipersecrezione colica e conseguente diarrea.

La cura consisterà nel rimpiazzare l'elemento secretorio deficiente o meglio cercare di provocarne il ritorno.

Il regime: gli alimenti ben cotti e ben divisi e di facile digestione; brodi di carni fresche, poco grasse, *purées* di legumi. Saranno utili i budini fatti di materie feculente che non abbisognano dell'intervento del succo gastrico per esser digeriti. Il latte fermentato, il Kephir, lo yoghourt daranno eccellenti risultati. Il latte semplice e le uova saranno proibiti. Il pane sarà bene darlo abbrustolito.

I medicinali dovranno rappresentare la sostituzione degli elementi acidi mancanti: acido cloridrico e succo gastrico naturale. Bisogna però amministrarli a dosi progressive a metà dei pasti e devono esser accompagnati da una cura opoterapica entero-pancreatica e questo perchè sovente la somministrazione degli acidi provoca gravi disturbi quando la secrezione bilio-pancreatica non è abbastanza alcalina e quando il liquido duodenale non è sufficientemente attivo.

L'ipercloridria primitiva o secondaria a lesione pilorica spesso dà luogo a risentimento intestinale con costipazione, qualche volta con diarrea. Par proprio che nella costipazione l'intestino si difenda contro l'introduzione del chimo acido.

La terapia in cotesto caso dovrà esser tanto antisecretoria che antispasmodica. Diminuire gli albuminoidei per se stessi ipersecretivi e così diminuire il sale negli alimenti. La diminuzione del cloruro di sodio o anche la soppressione attiverà la diuresi e agirà indirettamente sull'ipercloridria.

Sarà così bene aumentare la secrezione bilio-pancreatica che per la sua alcalinità neutralizzerà il succo gastrico troppo abbondante. Deve tenersi presente che spesso non è la quantità dell'acido secreto quanto l'insufficiente alcalinizzazione duodeno-pancreatica che produce i sintomi dell'acidità. Spesso questa insufficiente alcalinizzazione è la causa delle ulcerazioni e del dolore anche se l'acidità è normale.

Tali fatti spiegano i felici risultati che in questi casi si hanno con le lavande alcaline o per via boccale o rettale. Anche l'olio di oliva diminuendo la secrezione favorisce la secrezione bilio-pancreatica. Pare che anche l'insulina aumentando le riserve alcaline abbia dato buoni risultati. Anche la pancreatina modera la secrezione gastrica. Quando il tasso di acidità è molto elevato l'atropina è indicata.

Nè bisogna dimenticare il vecchio nitrato di argento dato nelle prime ore del mattino a pic

colissime dosi. Una lieve causticazione della mucosa gastrica arreca spesso grande beneficio, lenisce il dolore, diminuisce la secrezione. Quando nell'ipercloridria vi è diarrea il trattamento sarà lo stesso unendo i soliti oppiacei.

Simpatie gastriche ed enteropatiche. — L'influenza che gli ormoni gastro-intestinali hanno sulla secrezione biliare sono ora studiati per conoscere le vere cause di cotesti disturbi che appartengono a meccanismi tanto delicati. Certo è che in tutte le manifestazioni d'insufficienza epatica, nell'ittero epatico, nella cirrosi venosa il deficit gastrico è sempre presente insieme ai disturbi intestinali accompagnati da putrefazioni abnormi e insufficiente digestione degli zuccheri e degli idrati di carbonio in genere.

Su tale difettoso terreno spesso si fissano infezioni delle vie biliari e delle regioni gastro-intestinali.

L'indicazione terapeutica allora sarà quella di dar alimenti di facile digestione e assimilazione e di venir in aiuto a tutte le secrezioni digestive tanto biliari che gastriche che intestinali.

Avviene di sovente che nella litiasi biliare insieme all'insufficienza gastrica si associa lo spasmo duodeno-pilorico che porta disturbi all'evacuazione dello stomaco. Si presenta allora iperacidità tanto per riflesso che per ritardo dell'evacuazione. In questo caso oltre la terapia neutralizzante la belladonna troverà la sua indicazione.

L'insufficiente secrezione biliare porta diminuzione delle peristalsi, stipsi, formazione di catarro. Dovrà allora esser stimolata la funzione epato-biliare per mezzo di colagoghi sopratutto col Combretum, poi col Boldo, glicerina, sali di magnesio, peptone e olio di olivo. Ma il miglior colagogo è la stessa bile che si potrà somministrare in pillole di fiele di bue o di estratto biliare puro. Anche l'opoterapia epatica e pancreatica (ma a forti dosi) potrà recar beneficio.

I disturbi epatici sono sempre la conseguenza di assorbimenti portali di albumine insufficientemente elaborate e di fermentazioni acide e di tossine.

Il regime deve esser sempre severo e gli alimenti meno tossici che sia possibile. Il regime latteo-vegetariano è il migliore e spesso sarà bene al latte sostituire il Kephir o lo *yoghourt.* Anche le frutta sono indicate (uva, aranci). I colagoghi salini (salicilato, fosfato, solfato di sodio) troveranno qui la loro indicazione. Si è tentata anche, dicono con successo, l'opoterapia. Sarà bene anche stimolare il rene con bevande diuretiche.

L'achilia gastrica provoca spesso un'achilia pancreatica e così il pancreas può esercitare sullo stomaco delle modificazioni di secrezione. Si dovranno allora escludere dall'alimentazione i grassi. Tra le albumine si preferiscano le caseine e si prescrivano idrati di carbonio farinosi, zucchero, frutta gelate.

Pancreatina, estratto biliare entero-Kinase rafforzeranno le secrezioni deficienti ma a questo sarà in certi casi opportuno aggiungere o acido cloridrico o succo gastrico di cane o di maiale. Anche i lavaggi alcalini dello stomaco favoriranno le funzioni biliari e pancreatiche.

Simpatie circolatorie. — Il vizioso circolo portale determina nello stomaco, nell'intestino, nel fegato alterazioni simpatiche circolatorie.

I mangiatori per l'esagerata funzione circolatoria, i dispeptici e i colitici per la difettosa e limitata e tossica circolazione si procurano fatti congestizi, gastrici e intestinali con tutte le loro gravi conseguenze.

Così il circolo refluo nella cirrosi venosa, nel fegato cardiaco, nella sclerosi epatica porta come conseguenza alternative di diarrea e di costipazione, meteorismo, emorroidi, ecc. Se poi il disturbo meccanico si aggrava, vomiti, diarree profuse, emorragie intestinali ne completano il quadro.

La terapia deve esser adatta alle cause; quando il fegato è congesto i pasti debbono esser piccoli, le bevande prese fuori dei pasti. Sarà pur bene fare ogni sette giorni una giornata di dieta idrica e qualche giorno prender solo brodo di legumi o latte mescolato ad acqua di calce. La base del regime deve esser poi sempre latteo-vegetariana e frutta cotta o cruda.

Ai mangiatori il solo regime migliorerà i disturbi, nei dispeptici bisogna studiare di migliorare la digestione gastrica e nei colitici di riparare le lesioni della mucosa prodotte dall'infezione.

I lassativi salini (solfato di sodio e magnesia), i diuretici, le ventose nella regione epatica miglioreranno il malato.

Nella cirrosi il problema è spesso grave e insolubile: disintossicare il fegato per mezzo del regime più semplice latteo-vegetariano, tentare l'opoterapia a forte dose. Il boldo e il combreto aiuteranno la funzione colagoga. I lassativi sono anche buoni coefficienti e l'antico uso del calomelano non deve essere trascurato tanto più quando si può sospettare, come avvien di sovente, una lue latente. I moderni patologi nelle cirrosi alle cause alcooliche oggi sostituiscono la spirochete pallida. Nel fegato cardiaco la terapia

dovrà esser diretta al cuore. Nell'ipotensione portale i clisteri di siero zuccherato diminuiscono l'ipotensione arteriosa e agiscono come stimolanti la funzione epatica.

Simpatie nervose. — Spesso l'antagonismo del vago e del simpatico giuoca nella maggior parte dei disturbi degli organi digerenti. La ricchezza di cotesto sistema nervoso che si sparge in importanti plessi, le relazioni che ha con tutti gli organi che regolano il metabolismo fanno ben comprendere tutta l'importanza delle simpatie interdigestive che noi illustriamo. Una lesione gastrica, infiammatoria, ulcerativa, neoplastica potrà provocare degli spasmi o del piloro o del cardias o dell'esofago. I bromuri, la valeriana o un calmante del vago (la belladonna) sovente farà cedere gli spasmi, ma tali rimedi sintomatici dovranno esser sempre accompagnati dalla cura della lesione gastrica che è la causa dei riflessi.

La reazione gastro-colica ha spesso caratteristiche varie, diarrea dopo i pasti o costipazione spasmodica o semplici dolori. La parte predominante si riferisce al sistema nervoso e così alterati sono i poteri motori (ptosi) e secretori degli organi digerenti. È difficile spesso precisare la forma e bisogna contentarsi di curare da principio sintomaticamente.

La caratteristica è data dal fatto che i disturbi sono sempre contemporanei all'ingestione del cibo. Il simpatico addominale causa dell'atonia o della ptosi, a seconda se è eccitato o depresso, dovrà curarsi specificatamente. Bisogna studiare quali sono gli alimenti che portano al paziente scariche anafilattiche ed evitarli (uova, brodi grassi, latte, caffè, cioccolato, certe frutta, ecc.). Gli alimenti dovranno esser ben triturati, le farine, le carni peptonizzate, le cellulose delle verdure e frutta, le carni fermentate, i formaggi maturi causa di abnormi fermentazioni e putrefazioni, dovranno esser evitati. Quando v'è diarrea oppio, e per evitare l'eccitabilità riflessa, preparati di belladonna. In molti casi l'acqua cloroformizzata o l'acqua di calce con cocaina rendono buoni servigi, ma il rimedio sovrano è il carbonato di bismuto.

Dovrà esser sempre sorvegliato il sistema nervoso: calma fisica e riposo morale, glicerofosfati, stricnina, acido fosforico, idroterapia tiepida, mai fredda, potranno esser ottimi coefficienti di cura. L'atonia e la ptosi saranno trattati con mezzi fisici; cinture, dolci massaggi, ginnastica addominale e respiratoria.

Le reazioni gastro-coliche appartengono a quelle forme dispeptiche nervo-motrici che sono spesso accompagnate da dolori del plesso solare e da speciali sindromi dolorose. Prima però d'incolpare le cause gastriche convien sceverare i fatti d'intossicazioni e le compressioni meccaniche.

La colite è spesso caratterizzata da perdite di sostanza della mucosa (muco-membranosa) a traverso della quale passano veleni e microbi dell'intestino irritato. I veleni determinano enteronevriti infettive che poi si riflettono sullo stomaco.

I disturbi da compressione sono determinati spesso da pneumatosi del colon che poi si riflettono sullo stomaco spostandolo e deformandolo, determinando esagerate contrazioni e facendolo così rapidamente vuotare e a questo può seguire o spasmo o incontinenza pilorica. Molte volte una semplice sonda rettale fa passare i disturbi e questo prova che altro non è che un fatto spastico. Non di rado riflessi cardiovascolari e segni vagotonici accompagnano il quadro. La pneumatosi però è spesso la conseguenza di una colite infettiva.

In questa forma se v'è diarrea sarà necessario ridurre gli albuminoidi e gli idrati di carbonio e usare Kephir magro e yoghourt. Nella costipazione bisogna togliere gli alimenti irritanti e fermentescibili. Dove si accompagna la pneumatosi ridurre gli alimenti ricchi di cellulosa e di idrati di carbonio. Il pane fresco, i legumi in ispecie, i fagiuoli debbono esser proscritti. Sarà bene stimolare la secrezione pancreatica per agevolare la digestione degli idrati di carbonio e per disinfettare l'intestino e i sali di bismuto (purissimi) il talco, il caolino saranno molto utili.

I riflessi ileo-ceco-gastrici. Una stasi dell'ileo, o ileo-cecale, o una tiflite o peritiflite può produrre spasmi pilorici, causa poi di ritenzione gastrica e di ulcera. La terapia deve esser sempre rivolta alla causa, lottare contro la tiflocolite, perciò dieta adatta, disinfezione intestinale e fermenti e anche vaccini guideranno il medico nella cura. Così spesse volte l'asportazione dell'appendice migliorerà i fatti di spasmo riflesso e anche se esiste ulcerazione gastrica, sarà facilitata tanto la cura medica che chirurgica.

È frutto dell'esperienza che nell'apparato digestivo tutti gli ostacoli a valle hanno come conseguenza un arresto a monte che modifica il passaggio e disturba il vuotamento degli organi situati in alto. Perciò nello spasmo pilorico non si debbono solamente ricercare e curare le cause gastriche ma non dimenticare l'esame di tutto il tubo digestivo compresa la regione retto-sigmoidea.

Nella litiasi biliare l'abbondanza dei plessi nervosi sottoepatici, le loro relazioni con le regioni piloriche e duodenali spiegheranno la frequenza dei riflessi nervosi sensitivi, motori, gastralgici, spastici del piloro, dell'esofago e del colon che

si hanno in cotesta affezione. Alla cura medica o chirurgica della litiasi dovrà ricorrere il medico pur tentando sintomaticamente di attenuare i sintomi dolorosi.

Lo studio delle glandule endocrine che oggi occupa la mente di tanti studiosi, e che nasconde ancora profondi misteri, dovrebbe esser qui esposto per poter dettare poi una terapia efficace dei disturbi simpatici del sistema nervoso addominale. Ma difficili e complicate sono le interreazioni glandulari almeno quelle che per ora si conoscono per poterle qui sommariamente e praticamente esporre. Si sa, per esempio, che la secrezione surrenale e la secrezione tiroidea esercitano una secrezione di arresto sul pancreas, che la secrezione timica e pancreatica arrestano la secrezione surrenale. Le surrenali, il lobo posteriore dell'ipofisi, la tiroide sono simpaticotoniche, il timo, il pancreas, le paratiroidi vagotoniche. Tuttociò però non basta per esser guidati nella terapia e oltre studi speciali è necessaria molta altra esperienza per poter utilmente adoperare tanti nuovi prodotti opoterapici che tanto leggermente oggi sono posti in commercio.

Simpatie meccaniche. — L'aereofagia spesso si complica con l'aereocolia e tale fatto spesso si lega a disturbi cardio-polmonari. L'aereofagia è di frequente unita a scialorrea d'origine faringea e rinofaringea. Il bisogno di deglutire continuamente saliva fa introdurre molta aria. Molte volte anche un apparecchio di protesi dentaria difettoso produce gli stessi fenomeni. Ma sono più spessi i riflessi abnormi del pneumogastrico che anche per minime reazioni produce tali effetti. Nei lattanti l'uso prolungato del poppatojo o il difetto del capezzolo della nutrice provoca di sovente fatti d'aereofagia. Si disse anche che la scialorrea può essere di origine dispeptica. Il trattamento perciò deve, come sempre, esser rivolto non agli effetti ma alle cause.

La ptosi dei visceri è una questione complessa e difficile. Il tubo digestivo è interamente contenuto nella cavità addominale ed è l'armonico tono dei muscoli addominali, diaframmatici e perineali che assicura la fissazione degli organi e la loro interna pressione. Tutte le cause che diminuiranno la tonicità di tal naturale cintura provocheranno l'abbassamento, la caduta (ptosi) di tali organi con tutte le infinite conseguenti complicazioni.

L'evacuazione dello stomaco sarà ostacolata, i plessi nervosi stirati reagiranno producendo spasmi e dolori e disturbi riflessi cardio-polmonari e dimagrimento rapido per atonia viscerale.

Il riposo in posizione orizzontale e la rieducazione dei muscoli respiratori e addominali sarà il primo provvedimento terapeutico. Anche quando il malato sarà migliorato sarà bene per lungo tempo fargli prendere i pasti maggiori e far fare le digestioni in posizione orizzontale. Nella posizione eretta il paziente porterà sempre una cintura o ventriera bene adatta. Elettrizzazione galvano-faradica sarà ottimo coefficiente di cura alla quale si potrà aggiungere la diatermia. La nutrizione sarà da principio composta di alimenti liquidi e di piccolo volume, farine di cereali, uova crude e carni triturate.

Migliorando sarà preso in letto il solo pasto della sera e questo pasto sarà più abbondante degli altri.

Molte volte, nelle ptosi gastriche irreducibili solo la mano del chirurgo può arrecar beneficio quando in ispecie le periviscertiti adesive complicano e peggiorano il quadro.

SUNTI E RASSEGNE.

CARDIOLOGIA.

L'endocardite tubercolare.

(RIC e MORENAS. *Journ. de Méd. Lyon*, n. 175, 20 aprile 1927).

Segnalate già da Corvisart nel 1806, le lesioni tubercolari dell'endocardio richiamano in questi utimi tempi l'attenzione di molti studiosi. Infatti se le lesioni anatomicamente tubercolari (tubercoli e granulazioni) sono rare e clinicamente poco interessanti, esiste una endocardite tubercolare a decorso infiammatorio, che è difficile sorprendere durante la sua evoluzione, ma che si trova frequentemente all'autopsia come cicatrici sclerotiche dell'endocardio parietale o valvolare. Sebbene di diagnosi non facile è di notevole interesse, anche perchè, più frequente nei bimbi costituirebbe una delle cause di molte cardiopatie scoperte nell'adulto, e in specie delle così dette stenosi mitraliche congenite.

Etiologia. — È stata constatata in tutte le età, forse un po' più frequente nell'adulto (Teissier). Essa è in genere secondaria a altre lesioni tubercolari, sebbene alcuni AA. considerano più frequente la forma clinicamente primitiva. Spesso si ha in tubercolosi chirurgiche.

Circa la statistica della sua frequenza è assai discussa ancora e varierebbe secondo le forme. Se si considera come endocardite tubercolare specifica solo quella in cui si trovano tubercoli o noduli tubercolari i casi restano eccezionali, mentre questi aumentano se si considerano specifiche tutte le endocarditi in cui si è trovato il b. di Koch. Frequente reperto è invece la sclerosi

dell'endocardio, probabile residuo di una endocardite infiammatoria specifica (nel 40 % dei tisici secondo Teissier).

Ancora più frequente sarebbe l'endocardite vegetante nella granulia. Nei bimbi morti di miliare l'endocardio è quasi sempre malato.

Gli AA. studiando *l'anatomia patologica* di questa forma mettono in evidenza il notevole polimorfismo che essa presenta. Essi descrivono le seguenti varietà:

1) Forma vegetante di Heller. Le lesioni possono essere più o meno estese, circondare gli orifici valvolari, specie delle cavità sinistre, ma si localizzerebbero in modo caratteristico alla faccia muscolare per le valvole atrio-ventricolari, ed alla faccia cardiaca per le sigmoidi (localizzazioni simili a quelle dell'endocardite reumatica). Le vegetazioni sarebbero piccole, ravvicinate, poco rilevate. Nessun carattere sarebbe specifico nè macro- nè microscopicamente.

2) Forma infiammatoria attenuata. Macroscopicamente si notano le valvole un po' ispessite, come tumefatte, rigonfie (*boursouflés*), infiltrate rossastre. Istologicamente si tratta di endocarditi fibrinose non follicolari: l'inoculazione della lesione tubercolizza le cavie. Secondo il Landouzy questa forma si trova raramente alla autopsia sarebbe invece assai frequente e rappresenterebbe la base delle cardiopatie valvolari tubercolose a genesi ignota.

3) Forma fibro-calcare: se ne conoscono due soli casi.

4) Forma di sclerosi dell'endocardio: sarebbe la forma più frequente. La sclerosi, localizzata o generalizzata, appare macroscopicamente come una opalescenza, un velo biancastro dell'endocardio sia come chiazze opache non prominenti che come striature lineari. L'esame istologico non dà nulla di specifico. Come lesioni concomitanti si trovano localizzazioni tubercolari pericardiche o miocardiche: e lesioni tubercolari le più varie negli altri organi.

In conclusione, se si escludono le lesioni puramente specifiche si trovano rigonfiamenti, vegetazioni e sclerosi che rappresentano i diversi stadi dell'infiammazione endocarditica.

Studio clinico. — Secondo Vaquez l'endocardite tubercolare non ha storia clinica, gli AA. si sforzano di crearne invece, il quadro nelle varie età.

1) *presso il lattante* decorre come *setticemia tubercolare subacuta* cioè con turbe gastriche, agitazione, febbre irregolare, dimagrimento fino alla cachessia, dispnea, cianosi e morte. Qualche volta può aversi esito favorevole, in ambo i casi non si hanno sintomi cardiaci.

2) *presso il bambino e il giovane adulto*: al quadro della sepsi si aggiunge quello di una cardiopatia. Si distingue una forma acuta ed una forma subacuta. Nella prima si ha inizio brusco, dolori muscolari, oppressione, febbre, poi il quadro di una insufficenza cardiaca rapidamente progressiva, vera asistolia a forma cachettica. La forma subacuta ha come segno principale la febbre prolungata, salicilico-resistente, coi segni di una endocardite. La sclerosi non ha sintomatologia.

3) *nel vecchio* tutto decorre come in una asistolia progrediente.

Evoluzione e prognosi. — Se si ammette che la sclerosi endocardica così frequente nei tubercolosi è l'esito di endocarditi tubercolari pregresse si deve concludere che queste hanno grande tendenza alla risoluzione. La produzione di una cardiopatia valvolare potrebbe forse anche influenzare favorevolmente l'evoluzione delle lesioni polmonari tubercolari. L'endocardite che si svolge in un tubercolo polmonare cavitario, modifica poco le cose e la prognosi già di per sè fatale.

Diagnosi. — Essa non può essere che di presunzione. Si deve pensare in clinica alla endocardite tubercolare in due casi: *a*) di fronte ad una sepsi lenta con sfumature cardiache; *b*) di fronte ad una endocardite subacuta a decorso anormale.

Nel 1° caso si deve escludere la febbre tifoide e la melitense e in genere ci si riesce. Più delicata è la diagnosi differenziale con l'endocardite lenta specie prima che la evidente splenomegalia, una porpora o altre manifestazioni emboliche e una emocultura positiva non ci chiariscano.

Terapia. — Come preventiva si consiglia l'allontanamento del bimbo dalla madre tubercolosa, sebbene gli studi di Calmette e Arloing sui virus filtrabili tubercolari infirmino un po' l'efficacia di questo mezzo. Sarebbe anche utile la vaccinazione antitubercolare. La cura in atto è quella della tubercolosi.

L. TONELLI.

L'asma cardiaco.

(R. SINGER. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1927, n. 17).

L'asma cardiaco si distingue per il fatto che gli accessi si verificano solo di notte e sono essenzialmente caratterizzati da un apparente stato di soffocazione. Per lo più le crisi si hanno nella prima metà della notte senza essere preceduti da un qualsiasi sintoma allarmante durante il giorno. La dispnea acuta toglie improvvisamente dal sonno il paziente, che salta dal letto e corre ad aprire la finestra per soddisfare la sua fame d'aria o assume una posizione ortopnoica poggiando fortemente le braccia distese sulla

sedia o sul letto in modo da fissare istintivamente il cinto scapolare ed agevolare il lavoro dei muscoli respiratori ausiliari. La dispnea è per lo più espiratoria, ma può essere così frequente e superficiale da assumere un tipo affatto particolare. Talvolta la tachipnea manca del tutto, e si ha solo una respirazione forzata, nella quale l'inspirazione è breve ed a scatti e l'espirazione è prolungata, opprimente ed angosciosa. Durante quest'espirazione si odono quasi sempre sibili, ronchi, rantoli. Il volto del paziente esprime una forte angoscia ed è pallido o cianotico. Le vene del collo sono chiaramente visibili. Da parte del cuore, oltre la tachicardia, non si ha nulla di caratteristico: talvolta durante l'accesso compaiono soffi sistolici. All'ascoltazione dei pulmoni si rilevano, specie alle basi, abbondanti rumori di vario genere.

Nell'asma cardiaco puro, non complicato, non si ha ingrossamento del fegato, che può verificarsi come fenomeno acuto di stasi anche in conseguenza dell'insufficienza del cuore destro negli accessi di lunga durata, e costituisce allora un segno prognostico grave. Molti pazienti durante l'accesso soffrono un senso di tensione all'epigastrio; talaltra si ha stimolo alla defecazione o alla minzione, e non di rado si ha abbondante emissione di urina molto diluita o impossibilità di urinare malgrado il forte stimolo.

Di solito durante l'accesso si ha sudore freddo, attaccaticcio, fetido.

La durata degli accessi varia di molto: talvolta durano pochi minuti, talaltra ore e anche un'intiera giornata.

Fin dai tempi di Traube e Basch si ammetteva che l'asma cardiaco fosse determinato da insufficienza del ventricolo sinistro. Questo non ha l'energia sufficiente di spingere tutto il sangue, per modo che si ha stasi improvvisa ed edema acuto del pulmone: per l'azione normale del ventricolo destro il sangue è spinto nei pulmoni, ma non può defluire nell'orecchietta sinistra, donde l'ingorgo. I pulmoni sono carichi di sangue, i capillari pulmonari dilatati al massimo, gli alveoli perciò rimpiccioliti così che la capacità pulmonare è molto ridotta. La diminuzione del sangue circolante in conseguenza dell'accumulo di esso nei pulmoni, da una parte, e la riduzione degli scambi gassosi, dall'altra, danno ragione del complesso sintomatico dell'asma cardiaco (senso di soffocazione, fame d'aria, cianosi, stasi venosa, tachicardia, senso di angoscia, sudorazione).

Eppinger, Papp e Schwarz osservarono che durante gli accessi di asma cardiaco il sangue scorre nelle vene con maggiore rapidità e che il deficit di ossigeno nel sangue venoso è inferiore al normale. Ne indussero che l'accesso non è inizialmente scatenato da una deficienza del ventricolo sinistro, ma che in seguito ad eccitazione del centro vasomotore si ha improvvisamente una massima dilatazione del sistema capillare per modo che il sangue arterioso scorre attraverso i capillari nel sistema venoso senza alcuna perdita di pressione e sovraccarica i vasi pulmonari donde la stasi massima nell'interno dei pulmoni. Questa teoria non è accettabile perchè mettendo il *punctum movens* dell'accesso d'asma cardiaco fuori del cuore non spiegherebbe come e perchè l'accesso stesso non dovrebbe verificarsi anche nei sani, e secondariamente perchè poggia su un dato di fatto non esatto perchè l'alto contenuto di ossigeno nel sangue venoso non è un reperto caratteristico dell'asma cardiaco.

Wassermann osserva che l'indebolimento del ventricolo sinistro non provoca stasi retrograda del sangue ma solo un peggioramento della circolazione arteriosa, e che durante il sonno il contenuto di ossigeno nel sangue si riduce e che la pressione sanguigna si abbassa. Questi tre fattori: peggioramento della circolazione arteriosa, riduzione del contenuto di ossigeno ed abbassamento della pressione provocano nel sonno una asfissia acuta del centro respiratorio. L'eccitazione bulbare così prodotta scatena lo stato dispnoico con i suoi fenomeni concomitanti. Questa ipotesi, che ha il vantaggio di spiegare perchè l'asma si produce di notte, non è neppure essa del tutto accettabile.

Brunn ha avanzato un'altra ipotesi partendo dalla circostanza che il cuore al principio della sua insufficienza, ancora più indebolito dal sovraccarico quotidiano, è causa di una più o meno notevole ritenzione d'acqua. Quando l'apparato circolatorio si rifà durante il riposo notturno dal lavoro sostenuto, procura di espellere nuovamente il liquido ritenuto: da ciò la nicturia, che, come è noto, è uno dei sintomi precoci dell'insufficienza cardiaca. Ma ciò spiegherebbe anche la comparsa notturna degli accessi di asma. Il cuore debole trattiene durante il giorno nell'organismo il liquido, che durante la notte prima di essere espulso deve passare in circolo. Così notevoli quantità di liquido sovraccaricano la circolazione, ed il ventricolo sinistro già indebolito non potendo sopportare tanto lavoro vien meno improvvisamente e così si ha l'asma cardiaco. Questa ipotesi di Brunn non solo si accorda con i dati clinici (minzione abbondante dopo l'accesso di asma), ma trova la sua conferma nei risultati terapeutici.

Per quel che riguarda la diagnosi differenziale si devono prendere in considerazione particolar-

mente l'asma bronchiale, l'angina pectoris e la tachicardia parossistica.

La diagnosi differenziale con l'asma bronchiale non è facile quando si consideri il disturbo prescindendo dalle condizioni del soggetto e dai suoi precedenti; in effetti l'accesso d'asma cardiaco non differisce gran che da quello di asma bronchiale. Quando si tratti di un individuo giovane, con pressione sanguigna normale è difficile si tratti di asma cardiaco, ma conviene pure tener presente che l'asma bronchiale si può verificare in individui anziani affetti da enfisema. Nell'accesso di asma cardiaco la respirazione ha un carattere essenzialmente espiratorio, inspiratorio in quello bronchiale. Nel primo per lo più si ascoltano spesso rantoli alla base, mentre nel secondo si ascoltano sibili e ronchi su tutto l'ambito pulmonare. Nell'asma cardiaco si hanno accessi di tosse più o meno forti con espettorazione di sputi schiumosi talvolta tinti di rosa. Nell'asma bronchiale non si ha tosse e quando si ha espettorazione questa avviene sempre alla fine dell'accesso con l'emissione di muco filamentoso e vischioso. La pressione del sangue nell'asma cardiaco è sempre alta.

Molto più facile è la diagnosi differenziale con l'angina pectoris. In questa il sintoma cardinale ed iniziale è sempre il dolore alla regione cardiaca con le sue diffusioni e l'asma è sempre successivo ed in forma generalmente non intensa in confronto di quella cardiaca.

Ancora più facile è la diagnosi differenziale con la tachicardia parossistica. È ben vero che negli attacchi tachicardici si possono avere fenomeni dispnoici più o meno gravi, ma essi non assumono mai un carattere soffocante. D'altra parte mancano l'aumento della pressione sanguigna ed i fatti ascoltatori a carico del pulmone.

DR.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

I progressi del trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare.

(SAUERBRUCH. *Münch. Medizinische Wochenschrift*, 15 aprile 1927).

Il trattamento chirurgico delle gravi, unilaterali affezioni tubercolari dei pulmoni si è affermato, malgrado le diffidenze e le opposizioni che esso, come ogni novità, aveva incontrato. Le difficoltà ed i pericoli inerenti ai relativi interventi (pneumotorace e resezione extrapleurica delle costole) sono stati superati dai perfezionamenti tecnici. Oramai il pneumotorace si pratica correntemente senz'alcun pericolo di embolie gassose e le vaste demolizioni ossee sono state eliminate mediante la resezione costale paravertebrale.

Tutti i chirurgi e tisiologi riconoscono i vantaggi della toracoplastica extrapleurica paravertebrale, che si può facilmente adeguare alla forma ed all'estensione del processo pulmonare per modo che si possono raggiungere immobilizzazioni d'ogni grado. Si evitano così tutti i disturbi di statica e di funzione ed in ispecial modo le scoliosi della colonna vertebrale. In generale la convessità da parte del lato sano formatasi in seguito alla retrazione del pulmone malato si ricompone di solito rapidamente con il raccorciamento delle costole. L'elevazione del braccio in avanti, di lato ed indietro, l'abduzione e l'adduzione non rimangono ridotte. Anche nei più gravi empiemi tubercolari, che importano non raramente larghi interventi e richiedono sempre lunghe cure successive, si ha solo eccezionalmente e transitoriamente una diminuzione dei movimenti della spalla.

Ulteriori esperienze hanno condotto ad altre forme meccaniche d'inattività del torace e del pulmone. Baer ha perfezionato il metodo di riempimento delle caverne con grasso adoperando la paraffina. La paralisi respiratoria del diaframma si è dimostrata efficace per scopi terapeutici e diagnostici. Ma tutti questi espedienti e altri ancora non hanno avuto veri successi o per lo meno tali che si possano paragonare alla toracoplastica.

Medici ed ammalati sono contrari ad ogni trattamento operativo per il fatto asserito che esso provochi un'alta mortalità precoce. In effetti essa era molto alta ma con l'introduzione del metodo di ossificazione della parete toracica di Brauer-Friedrich si è molto abbassata.

Negli operati dall'A. nella Clinica di Zurigo nel 1922 su 383 toracoplastiche si ebbe il 4 % di decessi immediati. Le statistiche di altri operatori sono più sfavorevoli con il 10, 18, 20 e perfino il 30 %. Solo Schreiber, che ha praticato l'operazione su larga scala, ha avuto l'8 % di decessi. Si deve aggiungere che la percentuale del 4 % di morti sarebbe ancora più bassa qualora si prendessero in esame solo gli interventi praticati con indicazioni più scrupolose, in soggetti giovani ed in discrete condizioni generali, con lesioni sicuramente unilaterali, con forme fibrose di tubercolosi, con mediastino sano, con cuore valido. Facendo una selezione degli operandi la percentuale si è oggi ridotta al di sotto del 2 %, cifra davvero non eccessiva quando si consideri che essa al postutto non si allontana di molto da quella data da tutti gli altri interventi chirurgici.

Certo nel trattamento chirurgico della tisi sono in giuoco condizioni sfavorevoli, che devono essere tenute nel dovuto conto, per limitare l'intervento a quei casi che offrono minor pericolo e per consigliare la più rigorosa esecuzione tecnica. La toracoplastica è una grande operazione con notevoli reazioni generali sull'organismo, e che intanto si deve eseguire su individui deperiti, deboli, sensibili.

Le conseguenze di un'operazione praticata con la massima precisione sono imprevedibili perchè i malati portano in se stessi la causa dei disturbi operatori. Pertanto è un non senso dire che la toracoplastica è un'operazione senza pericoli, come ha fatto Ziegler. Se egli su 85 operati ha avuto un solo decesso, vuol dire che egli è un abile operatore e che ha fatto una buona scelta dei malati.

Nel fissare al 4 % la mortalità precoce in seguito alla toracoplastica si è tenuto conto dei casi di morte verificatisi nelle prime quattro settimane dopo l'intervento. È ovvio che raccorciando questo termine la mortalità diventa ancora più bassa, e viceversa.

In seguito e malgrado la toracoplastica extrapleurica morirono dopo settimane, mesi e fino ad un anno il 10-20 % degli operati. Questo elemento così sfavorevole dipende principalmente dalla inadeguata selezione degli ammalati, da insufficienze del cuore, dal peggioramento delle condizioni del lato presunto sano, e dall'assorbimento che si verifica durante l'operazione o poco dopo. I progressi della tecnica ed un più giusto apprezzamento delle indicazioni varranno certamente a ridurre il numero dei decessi a distanza di tempo dall'operazione. Ma comunque conviene tener presente che il trattamento chirurgico vien praticato su individui malati da lungo tempo, che nessuno o scarso giovamento hanno ricavato dalle cure mediche e che pertanto hanno quasi tutti il destino segnato.

Il valore della terapia chirurgica della tubercolosi si apprezza essenzialmente con il numero delle guarigioni. Nei suoi primi 383 operati l'A. ebbe il 32.5 % di guarigioni sicure e persistenti ed il 30 % di miglioramenti. E nella statistica più recente ebbe il 42.4 % di guariti ed il 40 % di migliorati, percentuali che diventano ancora più alte se si eliminano dai casi operati quelli che non erano perfettamente indicati per il trattamento chirurgico. Di fronte al numero delle morti precoci o tardive sta il fatto che molti malati gravi guariscono sicuramente.

Quantunque sia ancora suscettibile di modificazioni e miglioramenti il trattamento chirurgico della tubercolosi pulmonare ha raggiunto un certo perfezionamento. Tuttavia rimane ancora molto da fare perchè questo metodo di cura sia più diffusamente conosciuto e più frequentemente messo in pratica da medici e malati. Tutti gli operati che sono sopravvissuti hanno constatato il rifiorimento delle loro condizioni generali, la scomparsa dell'espettorazione e della febbre, l'aumento del peso e delle forze ed il recupero del loro benessere e della capacità al lavoro.

L'A. ritiene che al trattamento chirurgico della tubercolosi pulmonare sia riservato un grande avvenire, purchè da parte dei medici siano abbandonate certe diffidenze e certe prevenzioni, che non hanno ragione d'essere. Queste diffidenze e prevenzioni saranno senza dubbio superate quando gli interventi siano praticati da chirurgi esperti, che abbiano una perfetta conoscenza della tecnica speciale da seguire al riguardo. Questa padronanza della tecnica si può conseguire solo con la pratica appresa direttamente negli istituti clinici dove queste operazioni si vanno ora eseguendo su larga scala.

Nei sanatori per tubercolotici accanto ai medici esperti in tutti i generi di cure dietetiche, fisiche, medicamentose vi dovrebbero essere abili chirurgi particolarmente esperti degli interventi di toracoplastica. Il trattamento chirurgico deve essere considerato come un sistema ordinario di cura della tubercolosi pulmonare. DR.

Il trattamento chirurgico della dilatazione dei bronchi.

(L. ISÉMEIM. *Gazette des hôpitaux*, 12 marzo 1927).

L'A. dopo aver ricordato che con le varie cure mediche non si è mai riusciti ad ottenere delle vere guarigioni, passa in rivista i mezzi chirurgici che si dividono in metodi indiretti, e metodi diretti.

Metodi indiretti: lo pneumotorace artificiale; la frenicotomia; lo scollamento pleuro parietale; la toracoplastica.

Metodi diretti: la pneumotomia; la pneumectomia o lobectomia; la legatura dei vasi lobari.

Pneumotorace artificiale. — I risultati furono talvolta straordinari, ma ciò rappresenta l'eccezione; in generale è inefficace o impossibile. È impossibile spesso perchè nelle bronchiettasie le aderenze pleuriche sono quasi costanti, se non sono esse stesse la causa della bronchiettasia. È inefficace perchè spesso lo pneumotorace comprime solo il polmone sano, la parte malata rimanendo aderente alla pleura, oppure esistono lesioni peribronchitiche che rendono rigide le pareti dell'ectasia.

Complicazioni sono rappresentate dalla rottura del polmone e dalla consecutiva pleurite purulenta o putrida.

Frenicotomia. — In questi ultimi anni è stata adoperata nelle bronchiettasie ribelli. È specialmente indicata nelle lesioni della base, ma se non vi sono forti aderenze pleuriche anche le lesioni apicali possono beneficiarne. La bilateralità delle lesioni non è una controindicazione. Si praticherà soprattutto quando lo pneumotorace non è possibile, e l'associazione con questo pare abbia dato i migliori risultati.

Due vantaggi si hanno da questa associazione: 1° che l'intervallo fra i rifornimenti può essere allungato; 2° che quando si abbandona lo pneumotorace, il diaframma paralizzato sostituisce una compressione parziale alla compressione totale del pneumotorace.

Di vera controindicazione non c'è che la grande estensione delle lesioni. L'operazione deve essere praticata con anestesia locale asportando un gran tratto del nervo comprese le sue anastomosi.

La paralisi e l'ascensione consecutiva del diaframma riducono la cavità toracica in tutti i suoi diametri, e la capacità dell'emitorace viene ridotta di 1/6 o 1/3. Le cavità subiscono gli effetti della compressione. Nella letteratura esistono 3 soli casi mortali (Leriche e Rist); al di fuori di essi nessun incidente, tanto che può dirsi un'operazione di piccola chirurgia.

Con la frenicectomia si è ottenuto talvolta delle vere guarigioni, ma più spesso dei miglioramenti notevoli.

Associata al pneumotorace o alla toracoplastica i risultati sono di gran lunga migliori.

Concludendo è un'operazione facile e non pericolosa e che porta a buoni risultati terapeutici.

Lo scollamento pleuroparietale, consiste nel comprimere la regione malata dopo scollamento della pleura parietale, con garza o con altri mezzi. Pare che a Tuffier, Lambert, Roux-Berger abbia dato buoni risultati, ma il numero dei casi è troppo scarso per emettere un giudizio.

La toracoplastica già da tempo praticata per la tubercolosi è stata in questi ultimi anni usata per le bronchiettasie. Le sue indicazioni sono tratte dalle controindicazioni del pneumotorace, le controindicazioni dall'età, (non intervenire mai prima di 15 anni nè dopo i 40) dalla bilateralità delle lesioni, da lesioni cardiache, da grave stato del paziente.

Quanto all'intervento sembra ormai stabilito che debba esser in 2 tempi e con anestesia locale ed associato alla frenicectomia.

La toracoplastica deve essere larga. Tra il disossamento totale alla Brauer-Friedrich che dà una alta mortalità operatoria ed il metodo di Wilms o resezione colonnare che è più benigno, ma spesso insufficiente, trova posto l'operazione alla Sauerbruch che è la più impiegata.

Dopo l'operazione l'espettorato aumenta ed « il polmone si vuota come una spugna che si sprema ».

Il maggiore pericolo è rappresentato dallo spostamento e dalla compressione degli organi mediastinici.

I risultati sono molto meno concludenti che nella tubercolosi, ma spesso assai apprezzabili.

La pneumotomia è il metodo che prima era l'unico usato, dà alta mortalità operatoria e in generale dà luogo ad una fistola non più curabile.

La pneumectomia o lobettomia e la legatura dei vasi sono un intervento eroico che dà risultati completi ma la cui prognosi è estremamente grave.

In conclusione nelle forme limitate tutti i metodi suddescritti sono applicabili, sempre però è bene tentare lo pneumotorace, e nelle forme della base associare la frenicotomia.

Nelle lesioni diffuse dopo aver tentato i precedenti metodi si ricorra alla toracoplastica eseguita in due tempi.

Nei bambini usare solo lo pneumotorace, ricordando però che a questa età le dilatazioni guariscono spontaneamente.

BANI.

Le complicanze laringee nel tifo.

(DONADEL. *Minerva Medica*, n. 22, 1926).

Nel decorso e nella convalescenza del tifo a carico del laringe possono svilupparsi 5 tipi di alterazioni: una l. catarrale, una l. edematosa, una l. ulcerativa, una l. pericondritica con o senza necrosi delle cartilagini, e in ultimo una paralisi per miopatia dei mm. laringei o per nevrite del ricorrente. Generalmente si ritiene che, distruggendo il b. di Eberth le naturali difese organiche, i germi normalmente esistenti nelle vie aeree superiori si insediano nei vari tratti dell'organo favoriti anche dalla tossiemia, dal decubito dorsale prolungato, ecc.

Il catarro laringeo biforo si differenzia da quello ordinario per la minore abbondanza nella secrezione, per la tendenza alla disepitelizzazione e alle erosioni, per la localizzazione prevalente all'epiglottide, alla faccia interna delle aritenoidi e alle false corde. In queste regioni con maggior frequenza si producono ulcerazioni lineari o ramificate che sono precedute da uno stato edematoso. Tali ulcerazioni, nella forma pericondritica, si approfondano sino alle cartilagini e si formano cavità ascessuali tra pericondrio e cartilagine, la quale ultima spesso in necrosi e si determina eliminazione secondaria di frammenti cartilaginei; di rado la pericondrite è primitiva.

Dal punto di vista clinico, le alterazioni laringee, per lo più mascherate all'inizio dalla gravità dell'affezione, si riconoscono più facilmente nel periodo della convalescenza: i sintomi che le caratterizzano sono: voce rauca o afonia, stridor inspiratorio, dispnea, tosse, disfagia, dolore e tumefazione, cianosi.

La diagnosi differenziale dev'essere posta con la sifilitica e la tubercolare: depongono per la forma luetica: i dati anamnestici, le ulcerazioni faringee, indolorabilità, la R. W.; per la forma tbc.: il reperto bacillare positivo, la coesistenza di lesioni polmonari.

La prognosi, per sè buona generalmente *quoad vitam*, è cattiva *quoad functionem* potendo residuare facilmente stenosi del lume laringeo, anchilosi, fissità delle corde vocali.

La cura dev'essere anzitutto profilattica (antisepsi boccale con H_2O_2, soluz. 0,50-1 % acido fenico con borace, bicarbonato di sodio, mentolo); nella l. catarrale giovano le inalazioni con benzoino, benzoato di sodio; nella l. ulcerativa astringenti e disinfettanti, nella l. edematosa adrenalina e cocaina, intubazione se insorgono fatti di stenosi o tracheotomia per dare eventualmente esito al pus e alle parti cartilaginee necrosate.

PALLADINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

G. ROASENDA. *Suggestione e persuasione nella cura delle malattie nervose*. Fr.lli Bocca, Editori, Torino. L. 16.

L'A. espone in lucida sintesi i risultati della sua esperienza clinica, opportunamente criticando parecchi di quei sistemi che furono o sono ancora di moda nella terapia psichica.

Trattando dell'ipnotismo, lo spoglia di tutto ciò che è ingombrante o trascendentale per ridurlo alla sua semplice e precisa espressione: autosuggestionabilità del soggetto. Antifreudiano convinto, critica con discernimento e con metodo, la psicoanalisi, facendone vedere i pericoli. Riduce entro termini molto modesti l'importanza del Coueismo, sistema psicoterapico che sta fra la suggestione ipnotica e la comune autosuggestione delle mentalità più semplici.

Nella parte personale l'autore accenna alle varie forme nervose che possono avvantaggiarsi dalla psicoterapia, la quale non deve avere la pretesa di esser sempre ed unicamente persuasiva, ma deve valersi anche, in certi casi, della suggestibilità del paziente, agendo di conserva con gli altri mezzi fisici o medicamentosi posti a nostra disposizione.

È inutile, egli dice, far schemi e dar regole troppo precisi: è il buon senso, è l'intuito che debbono ajutare ad ottenere i risultati, che sono sovente ottimi.

Il libro del Roasenda servirà molto ai medici, ma potrà anche essere affidato al pubblico, per metterlo in guardia affinchè non cada facilmente nelle mani dei fanatici, o degli ingenui, o degli speculatori.

FUMAROLA

H. BARUK. *Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales*. G. Doin e C.ie, éditeurs, Paris, 1926.

L'Autore ha studiato sistematicamente i disturbi psichici nei tumori cerebrali, basandosi sulla casistica degli autori e più specialmente sulla osservazione di trenta casi personali.

Tre eventualità sono possibili, secondo l'autore: ora i disturbi psichici sono precoci, spiccati, e dominano, per così dire, tutta l'evoluzione clinica della malattia; ora sono relativamente lievi o transitori e non rappresentano che manifestazioni accessorie rispetto ai segni somatici che stanno in prima linea; ora infine mancano completamente.

Il lavoro è diviso in tre parti: la prima è consacrata allo studio clinico, cioè a dire all'analisi semeiologica dei sintomi, al loro rapporto con le varie localizzazioni cerebrali del neoplasma, ai criteri diagnostici differenziali. La seconda contiene un'esposizione chiara e dettagliata delle osservazioni personali. La terza è dedicata allo studio delle alterazioni anatomiche, alla patogenesi e alla terapia dei tumori cerebrali.

Spiace di rilevare che siano un po' trascurate la letteratura tedesca e italiana, che hanno pure recato importanti contributi alla conoscenza dell'importante argomento.

L'esposizione lucida e ordinata, come pure la ricchezza dei rilievi originali, rendono quest'opera particolarmente interessante per tutti i cultori della Neuropatologia.

G. MINGAZZINI.

R. PORAK. *Les stupéfiants*. Editore Doin, Parigi. Prezzo: Frs. 18.

La letteratura su gli stupefacenti si va facendo sempre più abbondante, purtroppo, in relazione alla diffusione sempre crescente del loro uso malgrado la severa legislazione profilattica di questi vizi. Questo del Porak ha il vantaggio di essere un lavoro desunto dall'esperienza fatta nei paesi dove la cocaina, l'oppio, l'haschich sono

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

più largamente usati, nei paesi che per i primi ne hanno sperimentati gli effetti euforici e dannosi, la Persia, la Cina, l'America del Sud.

Uno speciale capitolo è dedicato alla farmacodinamica degli stupefacenti. DR.

P. KAHN. *Guide du psychiatre*. Editore Maloine, Parigi. Prezzo: Frs. 18.

È un piccolo manuale d'orientamento e guida per il medico pratico. La parte dottrinale riguardante le funzioni, i disturbi, i sintomi e le sindromi psichiche è breve, ma molto ben esposta. È sufficiente a fornire al pratico nozioni chiare e precise.

La parte sull'esame del malato di mente è condotta con molta praticità. Segue la descrizione delle varie malattie mentali, ed infine due buoni capitoli sono dedicati alla terapia, alla profilassi sociale, alla medicina legale. DR.

Contributi del Laboratorio di Psicologia e Biologia. Pubblicazioni dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. Serie prima: Scienze filosofiche. Vol. 1. Fasc. IV. Società Editrice « Vita e Pensiero ». Vol. di pag. 332. L. 25.

È il primo volume di memorie originali pubblicato dalla Università Cattolica del Sacro Cuore come contributo del Laboratorio di Psicologia e Biologia. Il volume è ornato da un articolo introduttivo di Padre Gemelli, che espone i criteri teorici e pratici seguiti per organizzare l'insegnamento della psicologia e della biologia, allo scopo di preparare i giovani, con la disciplina severa della scuola, alla vita civile. Figurano in questo volume una interessante monografia della Pastori sull'anatomia macro-microscopica dell'« Epiphysis cerebri » nei mammiferi e nell'uomo; due lavori del Gatti, uno sull'illusione di Poggendorff e l'altro sopra l'apprezzamento del centro nelle figure piane geometriche; due contributi del Galli, uno sui rapporti esistenti tra la complessità dei fenomeni associati e la forza delle associazioni, l'altro sull'influenza del punto di fissazione sul fenomeno stroboscopico; un lavoro del Beretta sui testi di associazioni preferite come mezzo diagnostico di insufficienza mentale nei fanciulli anormali, ed uno del Canesi sulla psicologia della preghiera. Numerose grafiche, tabelle e disegni illustrano i singoli lavori.

D. PISANI.

F. DE NAPOLI. *Sesso e Amore*. Editore Bocca, Torino. Prezzo L. 125.

Questi due grossi volumi, che fanno parte della *Biblioteca di Scienze Moderne*, costituiscono un vero trattato di sessuologia. In Italia finora nulla si era pubblicato che possa paragonarsi a questa opera poderosa, che eccelle per altro su tutti i lavori stranieri similari.

La materia vi è esposta compiutamente con i più recenti aggiornamenti, ed in modo organico e sistematico.

Le quistioni riguardanti il sesso e l'amore soffrono quasi sempre profanazioni attraverso la mente del biologo; il De Napoli sa invece considerarle e prospettarle con quel tanto di poesia che non toglie all'opera il carattere scientifico.

Il libro si legge quindi con interesse e profitto.

Occorre aggiungere che *Eros* non è trattato solo dai punti di vista anatomico, fisiologico, psicologico e patologico, ma è considerato nelle sue ripercussioni sulla vita individuale e collettiva. Una buona metà dell'opera è dedicata all'igiene, all'etica, alla legislazione sociale. E chi conosce la competenza del De Napoli in venereologia e sessuologia può apprezzare quale prezioso contributo di dottrina e di esperienza egli dà con questo pregevole lavoro ai problemi di eugenica che oggi con tanto fervore si vanno dibattendo.

DR.

BALDUINO BOCCI. *Il Commiato*. Un vol. in-16°, di 134 pag. Stab. Arti Grafiche Lazzari, Siena, 1927.

Aspra e penosa è la via della scienza e non per le sole difficoltà insite in essa, ma per le insidie ed il malvolere degli uomini, che ostacolano la salita al volonteroso. *Di che lacrime grondi e di che sangue* questa via, ce lo dimostra qui il chiaro prof. Bocci che, nel lasciare, per raggiunti limiti di età, la cattedra di ordinario di fisiologia all'Università di Siena, descrive a vivi tratti, in questo suo « Commiato », i contrasti, le « imboscate », le manomissioni scientifiche, che hanno attraversato la sua carriera a cui ha finito però con l'arridere il « meriggio di vittoria », degno premio del forte.

Seguono poi alcuni interessanti capitoli sull'insegnamento universitario e sull'educazione sessuale ed aleggia su tutto il libro il sorriso della Poesia, che l'A. unisce in felice connubio con la Scienza.

È bene che i giovani, allettati dal miraggio della Scienza, leggano questo « Commiato », vivo come fosse detto dalla stessa voce dell'A., e che apprendano a quali lotte, sia aperte che subdole, debbano essere temprati se vogliono farsi strada fra la turba. L'esempio del Maestro li conforti e li sproni!

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 29 gennaio 1927.

Presidenza: prof. R. ALESSANDRI, presidente.

Ancora sulla « dolorabilità della fossetta sopraclavicolare minore » come segno precoce di apicite iniziale.

Prof. D. MAESTRINI. — Dopo aver richiamato precedenti contributi, l'O. parla dell'importanza clinica di questo segno nell'apicite iniziale, anche come indicatore della sede colpita, e si intrattiene sul meccanismo per cui si manifesta.

Su questa comunicazione non hanno luogo discussioni.

Su alcuni fattori di guarigione della peritonite tubercolare essudativa, in seguito ad insufflazioni di ossigeno.

Prof. D. MAESTRINI. — A parte la constatazione del successo terapeutico, già noto, l'O. ha studiato le modificazioni subìte dal peritoneo in seguito alle insufflazioni di ossigeno ed ha trovato che le ripetute insufflazioni diminuiscono la proprietà fisiologica del peritoneo nei riguardi dell'assorbimento dell'ossigeno e della permeabilità ai colloidi, mentre aumentano le permeabilità ai cristalloidi. Nel liquido ascitico dei tubercolotici, in seguito alle insufflazioni di ossigeno, vi è aumento della catalasi, e diminuzione della ordinaria reazione alcalina.

Il prof. P. ALESSANDRINI ricorda, a conferma di quanto ha detto il Maestrini, come egli abbia dimostrato la diminuzione dell'assorbimento del bleu di metilene per parte del peritoneo, in seguito ad insufflazioni di ossigeno.

Osservazioni cliniche e radiologiche sull'ulcera gastro-duodenale in fase di latenza.

Prof. P. ALESSANDRINI. — L'O. rileva come la cessazione dei dolori nell'ulcera gastro-duodenale non sia sintomo di guarigione, ed esamina le gravi difficoltà, sia dal punto di vista clinico che da quello radiologico, per stabilire se un'ulcera sia cicatrizzata o latente. Solo il complesso dei sintomi, rilevati radiologicamente e clinicamente, può permettere una conclusione. Si addentra poi a parlare della genesi dei dolori che si manifestano nell'ulcera gastro-duodenale, ritenendo che essi non abbiano per origine la iperacidità, ma piuttosto lo spasmo.

Il prof. S. BAGLIONI conferma i concetti dell'O. nei riguardi dell'origine dei dolori gastrici.

Sulla tecnica dei prelevamenti in rapporto alle sieroagglutinazioni diagnostiche.

Prof. V. MARINO. — Riferisce di una sua tecnica che consiste nel raccogliere il sangue da esaminare mediante carte da filtro, che si imbevono del sangue stesso del malato. Si intrattiene su dettagli tecnici e dimostra l'utilità del metodo nella pratica.

L'uso dell'alcool nella esecuzione della Wassermann, e un nuovo mezzo di attivazione della prova.

Prof. V. GIUDICEANDREA. — L'O. non ha potuto confermare le ricerche dello SCIARRA sul trattamento dei sieri con alcool (in sostituzione dell'antigeno) nella R. di W. Invece ha trovato che l'aggiunta di alcool alla miscela del siero ed antigene, rende più sensibile la reazione, assumendo il carattere di un'attivazione.

Processo di collassoterapia chirurgica per la cura della tubercolosi.

Prof. N. LEOTTA. — In luogo della toracoplastica, l'O. ha praticato un suo metodo consistente nel paralizzare un emitorace mediante resezione dei primi otto nervi intercostali, frenicoxeresi e sezione dello scaleno anteriore. Si ha così una emiparesi completa. A seconda dei casi si può limitare l'operazione in guisa da determinare solo paresi parziali toraciche, superiori o inferiori.

I risultati immediati, su tre operati, sono stati buoni, ma rimane da vedere quale sarà l'esito a distanza. Ad ogni modo, stima che il metodo sia preferibile alla toracoplastica, pel minor traumatismo e la mancanza di deformazioni. Le indicazioni sono quelle della toracoplastica ed in particolare quando le aderenze non consentono il pneumotorace.

Il prof. EGIDI rileva che questo atto operatorio non consente il vero collasso polmonare, che si ha solo allorchè il polmone è libero di retrarsi.

Il prof. LEOTTA riconosce che nel suo atto operatorio non vi è vero collasso polmonare, condizione che non si ottiene in modo completo nemmeno con altri atti chirurgici, ma solo col pneumotorace. Tuttavia il polmone rimane in completo riposo ed immobilità, ossia nelle condizioni utili per la riparazione.

Proff. C. ANTONUCCI e A. CASSUTO. — *Alcuni reperti radiografici ed operatori di anomalie reno-ureterali* (presentati dal socio prof. ALESSANDRI). (Al prof. CASSUTO è concesso di fare direttamente la comunicazione).

L'O. si intrattiene sulla diagnosi e sulla cura in vari stati di anomalie reno-ureterali, e a chiarimento dimostra i casi studiati, con proiezioni.

Il Segretario: V. PUNTONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

La cefalea della crescenza.

Negli anni dell'adolescenza, molti individui soffrono di cefalea che si presenta tutti i giorni e si va aggravando col tempo; il lavoro scolastico, le letture, ecc. la rendono più intensa, mentre è diminuita dal riposo.

S. Chauvet (*Endocrine Survey*, febbr. 1927) l'associa a disturbi della funzione pituitaria. Trattasi generalmente di cefalea ostinata, che compare verso i 9-10 anni, talora anche più tardi ed è spesso preceduta da un periodo di rapida crescenza. il dolore è diffuso, ma è più intenso sulla regione frontale sopra e fra gli occhi, la pressione su questi lo calma un poco.

Non vi è mai vomito anche se il dolore è parossistico. Gli analgesici danno un po' di sollievo momentaneo. Non si ha mai vertigini, nè disturbi agli orecchi, nè difficoltà di coordinazione od altro.

Secondo l'A. la causa prima risiede nell'insufficienza della secrezione interna dei gonadi, che porta uno squilibrio nelle altre ghiandole endocrine. Di solito i pazienti hanno abito eunucoide: torace stretto, muscoli deboli, estremità inferiori troppo lunghe in rapporto con il tronco; organi genitali infantili o scarsamente sviluppati, mancanza o scarsità dei caratteri sessuali secondari, apparenza infantile; tutto questo in entrambi i sessi.

Il disturbo della funzione della pituitaria dà la ragione di certe anomalie della crescenza ed è associato con l'insufficienza della secrezione interna dei testicoli, la quale stimola o regola la secrezione pituitaria. Come reazione segue in molti casi l'ipertrofia dell'ipofisi e, di conseguenza, la cefalea per l'aumento di pressione sulla sella turcica; altri fattori aggravano la condizione, quali l'astenopia e la stasi intestinale cronica. Per la prima, si prescriveranno degli occhiali adatti; pure assai importante è la stasi intestinale, che va accuratamente ricercata con l'esame radioscopico poichè spesso esiste anche senza costipazione. Si farà anche l'esame del paziente per eliminare altre cause, quali le malattie renali, la sifilide ereditaria, le affezioni dei seni, delle vie nasali, ecc.

Per quanto riguarda la terapia, l'A. dà la preferenza all'estratto testicolare (od ovarico) per iniezioni endomuscolari, da farsi giornalmente per un lungo periodo; esse fanno scomparire la cefalea ed influenzano favorevolmente la crescenza e lo stabilirsi della pubertà.

Per la stasi intestinale, è consigliato l'olio di vaselina, eventualmente con l'aggiunta di un lassativo vegetale; quando l'intestino è svuotato, si fa un piccolo clistere freddo, ciò che favorisce l'eliminazione delle tossine.

La terapia generale consiste nel riposo intellettuale completo, la vita all'aria aperta, andando a letto presto ed alzandosi per tempo; spugnature calde o frizioni con alcool al mattino. La dieta deve essere semplice, preferibilmente di vegetali freschi, con eccezione dei cavoli. Proscrivere la cioccolata, che ha un effetto deleterio sulla cefalea. Se questa è molto forte, si darà qualche calmante, sempre con una bevanda calda, e si prescriverà il riposo in posizione supina, senza dormire, per 3/4 d'ora.

Questo tipo di cefalea, se non è curato, dura spesso 2-3 anni. *fil.*

La forma astenica o depressiva della nevrassite epidemica.

Nell'encefalite epidemica sono noti i disturbi psichici del periodo di stato: gli uni confusionali, con onirismo e delirio polimorfo, gli altri ad andamento depressivo a tipo melanconico ed infine le sindromi di eccitazione del tipo maniaco. Meno conosciuta è la forma astenica in cui i disturbi fisici possono essere passati inavvertiti; i disturbi mentali sembrano primitivi e talora la storia dell'encefalite epidemica è di difficile ricostruzione. Anche se la sindrome parkinsoniana esiste è appena abbozzata.

H. Claude (*Revue médicale universelle*, aprile 1927) riporta diverse osservazioni del genere. Comune ad essi è lo stato di astenia, di bradipsichismo, di indifferenza, una fisionomia inespressiva.

Nella maggior parte dei casi, la diagnosi si deve fare con gli stati neurastenici e melanconici ed un medico non prevenuto può facilmente errare. Ma la neurastenia è anzitutto uno stato di esaurimento nervoso in rapporto con un'usura funzionale, con una fatica nervosa; inoltre un esame attento permette di trovare dei piccoli segni somatici dell'encefalite (diplopia, tremore, ecc.).

Più difficile è la diagnosi con la melanconia Ma i depressi encefalitici non sono concentrati nel loro dolore morale; essi possono uscire momentaneamente dal loro stato penoso e rimettersi al lavoro. Quello che maggiormente colpisce è l'astenia; la depressione melanconica non è stata primitiva. Gli encefalitici non hanno la concentrazione dolorosa che tiene il melanconico indiffe-

rente a ciò che non è il suo dolore. Essi hanno inoltre impulsioni bizzarre e disturbi variabilissimi dell'umore.

Insomma delle psicosi di apparenza banale possono essere create, rivelate o scatenate dall'encefalite epidemica. Altri autori hanno segnalato degli accessi periodici di mania melanconica. Nei casi dell'A. predomina invece lo stato depressivo, il quale sembra a sua volta, secondario ad un disturbo mesencefalico. Non è improbabile che tali individui avessero una predisposizione psicopatica che si è ingrandita e rivelata mediante l'encefalite epidemica. Sono inoltre da notarsi i fenomeni simpatici sopravvenuti, quali le algie, l'obesità, i disturbi circolatorii. Infine non si deve dimenticare che il bradipsichismo la « viscosità mentale » è un sintoma frequente della nevrassite epidemica.

Una diagnosi esatta è importante soprattutto per la prognosi, in quanto che negli stati neurastenici e melanconici la guarigione è la regola, mentre non si verifica per l'encefalite nella quale si deve anche temere il suicidio, che non è raro. Per la cura dell'encefalite, l'A. ritiene molto utili le iniezioni di salicilato di sodio.

fil.

La lombaggine.

Accanto alla lombaggine reumatica, si deve ammettere clinicamente quella traumatica (S. R., *Journal des praticiens*, 26 febbraio 1927). Questa è unilaterale, si manifesta in seguito ad un movimento falso ed è probabilmente dovuta a distensione delle fibre muscolari. La corrente faradica la guarisce in dieci minuti, ciò che non accade per la lombaggine reumatica, in cui il dolore si attenua, ma ricompare poco dopo.

In quest'ultima riesce assai utile l'applicazione di punte di fuoco, seguita dal passaggio di corrente galvanica leggera. Si mettono i feltri imbevuti di acqua salata sulle punte di fuoco, l'uno in basso, l'altro in alto della regione lombare dolente, alternativamente dal lato destro e dal sinistro, lasciando per 10 minuti, con 4-5 milliampères.

In mancanza di elettricità, applicazioni umide, calde (cataplasmi di farina di linseme), ripetuti ogni due ore. Un rimedio popolare è quello di ricoprire la regione dolente con compresse di flanella imbevute d'aceto, passando poi con un ferro da stiro (non troppo caldo per evitare ustioni) che dissecca le compresse (in tutto 10-30 minuti).

Utili sono: l'aspirina dosi di 50 cg., 2-3 volte al giorno ed il salofene (1 grammo). Localmente riescono talora utili le iniezioni di salicilato di sodio (5 cg. per cmc.), di acido salicilico (1 ‰) di joduro di potassio (1 %); le prime sono un po' dolorose, ma calmano bene. Anche le punture di api possono dare una rapida guarigione, ma l'applicazione non è molto comoda.

Nelle forme croniche, Sicard consiglia le iniezioni locali di: Antipirina cg. 15; Alcool 1 cmc. Due iniezioni da 2 cmc. da ogni lato. L'iniezione è estremamente dolorosa e può farsi precedere da novocaina a 1 %; se ne fa una ogni 3 giorni.

Consigliabili sono i bagni caldi terebentinati, con 1-3 cucchiai di essenza di trementina per bagno (temperatura a 39°); anche le acque minerali hanno i loro fautori.

Guarita la lombaggine, se ne dovrà impedire il ritorno. Si daranno lassativi quotidiani (solfato di sodio, sale di Seignette) un cucchiaino a digiuno ed il citrato di sodio: (40 grammi con 20 di acido citrico in 300 di acqua distillata; un cucchiaio prima dei due pasti principali, in un bicchiere d'acqua). Evitare l'abuso di carni e di vino.

In qualche caso eccezionale potrà consigliarsi l'intervento chirurgico (laminectomia lombare con resezione bilaterale delle lame lombari fino in vicinanza dei forami di coniugazione).

fil.

Le vertigini da menopausa.

Salmon (*Rivista oto-neuro-oftalmologica*, fascicolo I, 1926) osserva come le vertigini che si verificano nel climaterio sarebbero generalmente la manifestazione della irritazione che i disordini ipertensivi della menopausa determinano sul labirinto; nelle forme più gravi si associerebbe uno stato ipertensivo parossistico del liquido cefalo rachidiano. Una tale interpretazione si appoggia da una parte sul dato che l'ipertensione arteriosa e l'ipertensione del liquor sono la causa più comune delle vertigini, dall'altra sulla coesistenza nelle vertigini climateriche dei segni di ipertensione arteriosa e dei fenomeni di ipertensione cranica. Tutti i mezzi atti a diminuire la pressione arteriosa e la pressione del liquor (applicazioni fredde sul capo, lassativi intestinali, dieta latteo-vegetariana, riposo) insieme con la opoterapia ovarica esercitano in queste vertigini una favorevole influenza.

PALLADINI.

Reazioni cutanee di origine emozionale.

Oltre all'orticaria ed all'edema di Quincke, C. Flandin (*The Endocrine Survey*, febbr. 1927) ammette che alcune manifestazioni dermatologiche più profonde possono essere connesse con le emozioni. In alcuni casi, compare dopo l'emozione, un eczema in individui fino allora immuni.

L'A. cita il caso di una donna che, fin dall'infanzia, soffriva di eczema ricorrente, in cui ogni emozione forte era seguita da orticaria con secrezione cutanea e da attacco di asma; un altro di un professore che durante il suo corso di lezioni aveva eczema della faccia e del dorso delle mani. Anche la psoriasi può, dopo la guarigione, ripresentarsi in conseguenza di una forte emozione; questa può pure favorire la comparsa di un erpete negli individui che vi vanno soggetti.

La possibilità che in questi casi si tratti di una crisi emoclasica può essere discussa quando si sia in presenza di un fatto transitorio, quale l'orticaria, l'eritema e l'edema di Quincke, ma diventa meno probabile per l'eczema ed ancor meno per la psoriasi.

La ripercussione dell'emozione sul sistema vago-simpatico sull'apparato endocrino e sul fegato è probabilmente un fenomeno ben più complesso che la semplice crisi colloidoclasica. Solo l'analisi di tutti i fenomeni può fornire una spiegazione ai disturbi cutanei emozionali.

D'altra parte, l'emozione può anche avere un effetto terapeutico p. es., sull'orticaria. Si cita così il caso di una giovanetta che soffriva da tempo di un'orticaria ribelle ad ogni cura, la quale scomparve senza più ritornare quando le si disse che avrebbe dovuto essere operata per un fibroma da cui era affetta.

In parecchie altre malattie, oltre a quelle cutanee, l'emozione agisce come causa morbosa e come terapia. Il meccanismo d'azione è evidentemente complesso e non ci è noto, ma non si può escludere in questi casi l'influenza emozionale.

fil.

TERAPIA.

Prime cure nei casi di avvelenamento.

Le circostanze che debbono indurre a pensare ad un avvelenamento sono la comparsa improvvisa dei fenomeni in una persona fino allora completamente sana, oppure il manifestarsi, in una persona inferma, di alcuni dati obbiettivi inesplicabili nel corso della malattia.

Qualsiasi caso sospetto di avvelenamento richiede la presenza del medico, potendo questi a volte avere la possibilità di diagnosticare la sostanza che ha prodotto il quadro e somministrare l'antitodo o il contraveleno capace di neutralizzare l'azione del tossico, benchè disgraziatamente questo sia un ideale che eccezionalmente si raggiunge. Ma anche che ciò non si realizzi, il sanitario potrà per lo meno tranquillizzare le persone che circondano l'intossicato ed, in ogni caso, rimarrà fedele al principio: « Prima di tutto non pregiudicare ». Ad esempio di ciò basterà ricordare come esistano attualmente un gruppo di medicamenti chiamati narcotici, che vanno sempre più generalizzandosi, e che si ingeriscono molte volte anche senza la prescrizione del medico, allo scopo di procurarsi un sonno ristoratore o per mitigare un dolore. Tali sostanze però possono diventare mortali se prese in grande quantità od utilizzate con scopi di suicidio o di omicidio.

Un profano non potrà far altro per l'intossicato che tonificare il cuore con olio canforato e magari anche per combattere la depressione del polso e il raffreddamento per l'enorme ipotermia che tali sostanze producono, tentare di riscaldarlo, con termofori o con bottiglie di acqua calda. Non potrà invece consigliare un'iniezione di lobelina, che è capace di far riacquistare l'automatismo respiratorio per la sua azione sui centri che detti narcotici paralizzano. Questo semplice intervento può salvare la vita di un paziente che è sotto l'azione di una dose mortale di un narcotico (come il luminal, il veronal, il dial, il somnifen).

Tuttavia nei casi in cui non sia possibile avere immediatamente la presenza del medico, o sia conosciuto il veleno produttore dell'accidente, possono essere utili le seguenti cognizioni.

Per poter eseguire un'assistenza ragionevole ad un intossicato, bisogna anzitutto tener presente le vie d'ingresso del veleno ed il modo con il quale l'organismo se ne libera.

Vie d'ingresso. Il tubo gastrointestinale produce, in genere, intossicazioni lente, a causa della facilità d'insorgenza del vomito, per l'azione distruggente del succo gastrico ed anche infine per la mescolanza del veleno con gli alimenti esistenti nello stomaco. Di fronte ai casi di penetrazione del veleno per tale via, purchè non sia un caustico, si procurerà di farlo emettere, o tintillando l'ugola, o somministrando acqua calda, che può servire di veicolo alle sostanze che agiscono da contraveleno, o meglio ancora estraendo il contenuto mediante la sonda. Essendo lo stomaco una via di eliminazione, si potrà fare ciò anche quando è passato qualche tempo dall'ingestione del veleno. Per evitare poi il ristagno del tossico nell'intestino si darà un purgante o si faranno lavaggi intestinali a pressione bassa.

Una seconda via d'ingresso è l'apparato respiratorio: i veleni gassosi o volatili detti anche veleni fulminanti (acido cianidrico, ossido di carbonio, gas d'acetilene) sono rapidamente assorbiti attraverso i polmoni, che sono poi anche una via elettiva di eliminazione di dette sostanze. In questi casi si cercherà di procurare al paziente un'atmosfera pura, aprendo le finestre o trasportandolo in un ambiente maggiormente aereato di quello in cui si trova e. se è il caso, si praticherà la respirazione artificiale.

La terza via di penetrazione dei veleni è rappresentata dalla pelle, poichè essi dopo averla alterata possono riuscire ad attraversare anche questa barriera dell'organismo. Ad evitare l'assorbimento perciò si dovrà lavare la pelle e liberarla dalle porzioni di veleno che esistono sopra di essa, mentre si provocherà, riscaldando il paziente, un'abbondante sudorazione al fine di favorire l'eliminazione.

Tenendo presente tutto quanto è stato detto, in un caso di avvelenamento acuto si dovrà perciò anzitutto favorire la fuoriuscita del tossico, prima che si producano gli effetti generali, somministrando contemporaneamente prodotti capaci di neutralizzare il veleno. Sono di uso comune e possono esistere in qualsiasi caso la magnesia calcinata, la polvere di carbone vegetale, l'argilla, sostanze che hanno la proprietà di aderire ai veleni, impedendo la loro azione. Infine si cercherà di curare l'organo la cui funzione tenda ad alterarsi precariamente, e così, p. es., nei casi con polso piccolo si somministrerà olio canforato, cardiosol, ecc.

Dopo aver esposto questi principi d'ordine generale G. Arrese (*Arch. de Ch. Med. y Esp.*, marzo 1927) passa ad esporre il modo di comportarsi di fronte ai casi di avvelenamento per i tossici più frequenti.

Caustici. Se sono alcali come la potassa, la soda, basterà far ingerire dell'acqua contenente aceto o succo di limone; se invece si tratterà di acidi come l'acido cloridrico, l'acido nitrico, il vetriolo, si darà acqua con magnesia calcinata, ma in ogni caso non si somministreranno mai emetici per non determinare una perforazione dell'organo ferito.

Il piombo e i suoi sali rappresentano una delle intossicazioni professionali più frequenti. In presenza di coliche saturnine, si somministra anzitutto un purgante salino.

Per l'arsenico, per il mercurio (sublimato, calomelano) si farà la lavanda dello stomaco, si darà magnesia calcinata, latte, chiara d'uovo.

Nei casi di alcoolismo acuto si daranno emetici, si provvederà a riscaldare il corpo, si faranno iniezioni di olio canforato.

Se la sostanza ingerita è atropina, stricnina, morfina, nicotina, funghi velenosi, ecc., oltre al vuotamento dello stomaco, si somministrerà una soluzione di tannino o jodo jodurato per far precipitare il veleno.

Infine alcuni alimenti, come le carni, il pesce, le uova, il latte possono alterarsi e formare veleni di grande tossicità. In tali casi è sempre indispensabile far subito il vuotamento dello stomaco, seguìto dalla somministrazione di purganti e iniezioni di olio canforato per sostenere il cuore.

A. POZZI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Alcune influenze dell'ormone pancreatico sulla linfa.

Shigemiro Katsura e Kishiro Kozuka (*The Tohoku Journal of experimental Med.*) in una serie di esperienze dirette a conoscere la maniera di assorbimento dell'insulina, si convinsero che nei conigli a cui erano stati derivati mediante cannule il dotto toracico e il dotto linfatico destro, l'assorbimento dell'insulina avveniva per i vasi sanguigni; in condizioni normali invece l'assorbimento avveniva per i dotti linfatici.

Ma, nel corso delle esperienze, emerse una circostanza assai interessante: i conigli, che in numero di diciotto, previo sequestro delle vie linfatiche, venivano iniettati con dosi forti di insulina, non presentavano mai fenomeni convulsivi benchè la glicemia fosse diventata assai bassa sino a determinare in taluni casi la morte. I conigli con un tasso glicemico di 0,03-0,02 % morivano in preda a sonnolenza senza presentare convulsioni, nè spontanee, nè provocate.

Era logico pensare allora che la linfa fluente dai dotti potesse avere, dopo l'iniezione di insulina, azione convulsivante. All'esperimento invece questa linfa così raccolta ed iniettata in animali, non solo non aveva azione convulsivante, ma bensì iperglicemizzante. In altri termini, mentre la iniezione di linfa normale causa ipoglicemia, l'iniezione di linfa di animali iniettati con l'insulina causa iperglicemia. Ciò conferma che l'assorbimento dell'ormone pancreatico in condizioni normali avviene per via linfatica, mentre l'assorbimento dell'insulina iniettata avviene per via sanguigna.

Gli AA. hanno poi studiato le variazioni di alcuni costituenti chimici della linfa in seguito alla iniezione di insulina. Circa il comportamento dello zucchero, venne constatato come esso aumenti nella linfa, parallelamente a quello del siero del sangue carotideo, sempre mantenendosi però in quantità leggermente superiore. I grassi e i lipoidi aumentano notevolmente 4-5 ore dopo l'iniezione; l'azoto non si modifica.

Assai degna di nota è l'azione antagonista che esercita l'adrenalina. Alternando iniezioni di insulina con iniezioni di adrenalina è verificabile una alternativa assai regolare nelle quantità di grassi e di lipoidi della linfa: dal quantitativo massimo dopo l'iniezione di insulina si passa a un quantitativo minimo dopo quella di adrenalina. Nei controlli il contenuto in grassi e lipoidi della linfa del dotto toracico fluttua entro certi limiti: l'aumento è accompagnato da una caduta della quantità dello zucchero nel sangue; la diminuzione da una elevazione della glicemia.

F. ROCCHI.

Dei risultati della ricerca quantitativa della diastasi nel sangue e nell'urina nelle malattie del pancreas.

R. Jauker (*Münch. Mediz. Wochens.*, 1927, n. 3) ha voluto sottoporre a severo controllo il metodo della ricerca quantitativa della diastasi nel sangue e nell'urina applicato alla diagnostica delle malattie del pancreas.

La ricerca della diastasi, che normalmente si rinviene in piccola quantità nel sangue e nell'urina, può essere facilmente accessibile usando il metodo di Wohlgemuth. L'A. ha visto che in tutti i casi di stasi del secreto pancreatico, e, cosa ancora più importante, anche in casi di pancreatiti, la diastasi aumenta in maniera assai notevole nel sangue e nell'urina con grande rapidità e costanza.

Pur ritenendo le sue osservazioni suscettibili di altri studi e conferme, l'A. propone la applicazione del metodo a scopo di diagnosi nelle varie malattie pancreatiche. F. ROCCHI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. Basanghi Francesco, S. Angelo in Vado:

Non saprei indicare pubblicazioni riguardanti direttamente casi di ernia diretta strozzata.

Sull'ernia diretta potrà trovare notizie nelle seguenti opere: JABOULAY et PATEL: *Hernies* (Baillière et fils, Paris); L. F. WATSON: *Hernia* (St.-Louis, Mosby Co., 1924).

Un articolo sintetico sulle ernie strozzate della vescica è il seguente: HORINE, CYRUS F.: *Strangulated inguinal hernia of the urinary bladder* (Med. Rec., 1925).

Articoli di MANTELLI (*La Clin. Chir.*, 1913) e di MACAGGI (*Arch. It. di Chir.*, 1925) si occupano dell'ernia inguinale obliqua esterna.

A. CHIASSERINI.

Al dott. F. Mineo, Giarratana:

Per le iniezioni di iodio nella cura del gozzo si adopera la soluzione iodo iodurata Durante; la tecnica è la stessa di quella seguita per la tubercolosi glandolare linfatica; la trova descritta nel volumetto di Durante, edito da L. Pozzi (esaurito). T. F.

All'abb. n. 11605:

Un trattato italiano moderno di stomatoiatria del prezzo di L. 50 non esiste. L'editore Cappelli di Bologna pubblica la 3ª edizione degli « Elementi di odontoiatria e protesi dentaria » del prof. Beretta (L. 18) che servono agli studenti di medicina per l'esame di Stato.

Il trattato del De Vecchis costa L. 150 (Via S. Raffaele 21, Torino): quello del Palazzi (ed. Vallardi, Milano) costa L. 130. A. P.

Al dott. P. A., da C.:

Per i sintomi della tubercolosi polmonare iniziale cfr.:

E. MAZZOLINI: *I metodi di diagnosi precoce della tubercolosi polmonare.* Tip. Unione Editr., Roma

A. CAPOGROSSI: *Concetto e Diagnostica della tisi iniziale.* Casa Editrice Luigi Pozzi, Roma.

G. MENDES: *La diagnosi delle localizzazioni polmonari d'inizio della tubercolosi con speciale riguardo alle ricerche radiologiche.* Presso il Giornale « Policlinico », Roma.

G. RONZONI, CARPI e a.: *La tubercolosi polmonare dal punto di vista clinico e sociale.* Istituto Editoriale Scientifico, Milano.

G. M.

Allievi ufficiali medici di complemento. — All'abb. B. L. C.:

Il corso avrà inizio il 15 gennaio 1928 e saranno ammessi i militari della classe 1907 nati dal 1° settembre al 31 dicembre.

Il richiedente non può essere ammesso essendo della classe 1900.

(Vedi circolare 287 del *Giornale Militare* 1927).

A. C.

VARIA.

Crisi primaverile.

Dott. M. GIOSEFFI.

Se d'inverno Natura dorme sotto il gelo delle lunghe notti, in primavera essa festeggia, nella rinnovellata vita, il suo generale risveglio. I giorni più lunghi ed i primi tepori preludiano alla inondazione di luce e di calore dell'estate. Le brezze, che in questa stagione si alternano ai brevi spruzzi di pioggia, portano un po' di frescura all'aria, liberandoci dall'afa pesante, talvolta opprimente sotto un cielo infocato. Rinverdiscono i prati, si circondano di rigogliose fronde gli alberi, dai campi e dai giardini salgono inebrianti i mille profumi dei fiori, limpide e melodiose scorrono le acque dei ruscelletti, mentre nell'aria garriscono giulivi gli uccelli. La intensa luminosità, la forte irradiazione solare, l'immenso azzurro del cielo, la limpidezza delle serene notti di luna o di stelle, in genere tutti questi molteplici stimoli tattili, termici, olfattivi, visivi ed acustici non possono rimanere senza ripercussione sull'animo dell'uomo come in genere sulle manifestazioni dell'organismo animale. Tutto questo mutamento nel Creato non può non esercitare una influenza sul complesso sistema nervoso che regola gli istinti fondamentali dell'esistenza,

l'istinto della riproduzione, che è anche l'istinto di conservazione della specie.

Vegeta nei mari del sud un animale che si trova sui gradini più bassi della scala zoologica, l'*eunice viridis*. È una specie di verme che vive nei meandri dei banchi di corallo e si moltiplica con un procedimento suo speciale. In una determinata epoca dell'anno, tanto nel maschio che nella femmina, i segmenti posteriori del tronco si distaccano ed a sciami vengono alla superficie del mare. Qui le sostanze germinative, di cui si sono vuotate quelle parti del loro corpo, si mescolano ed in tal modo avviene la fecondazione. Questi segmenti, che i Polinesi chiamano *palolo*, sono anche pescati e costituiscono un cibo molto ricercato. Orbene, gli indigeni hanno fatto l'osservazione che il palolo si trova in quei mari solo due volte all'anno, nei mesi di ottobre e di novembre dell'emisfero meridionale, che corrispondono ai mesi di aprile e maggio del nostro emisfero settentrionale.

La riproduzione di un analogo verme dell'Atlantico, dell'unice furcata, avviene nel giugno e nel luglio. Questo fenomeno del palolo si ripete periodicamente con mirabile puntualità, tutti gli anni, il giorno che precede l'inizio astronomico dell'ultimo quarto lunare di quel mese. Senza entrare in merito alla spiegazione di questo singolare fenomeno, che si è cercato di mettere in relazione con l'alta e con la bassa marea, con le fasi lunari, con l'elettricità atmosferica ed in genere con fenomeni geofisici, resta accertato il fatto che già in questo animale primitivo noi troviamo l'accenno ad alcunchè di inconsueto e di misterioso che influisce su quell'organismo nei primi mesi primaverili.

Negli animali superiori, così negli uccelli ed in molti mammiferi tale relazione tra stimolo sessuale e condizioni climatiche risulta anche più chiara.

Neppure l'uomo si sottrae all'influsso della dolce stagione, quantunque la civiltà abbia staccato l'uomo dalle epoche fisse, in cui negli animali si risveglia l'istinto della riproduzione e, sebbene, a causa dei molteplici fattori sociali ed ambientali che lo circondano, esso si trovi in uno stato di continua eccitazione, più o meno sopita o frenata, tuttavia resta assodata la constatazione che le condizioni climatiche della primavera costituiscono per l'uomo un fattore importante nel risvegliare in lui una particolare sensibilità.

È una constatazione che si può fare con una certa regolarità gettando lo sguardo sulle statistiche: maggior numero di concepimenti si osserva cioè nei mesi di aprile, maggio e giugno. Se anche in questi mesi di primavera i dolci ritrovi serali o notturni all'aperto possono influire da fattori indiretti, tuttavia la curva dei concepimenti segna uno stesso andamento per i frutti legittimi come per quelli illegittimi, tutti gli anni, nelle diverse razze, indipendentemente dalle caratteristiche del tempo in questa stagione.

Dei concepimenti che la statistica ci fornisce per la Francia dal 1827 al 1869 (Aschaffenburg) se ne ebbero:

gennaio	7,84 %	luglio	8,76 %
febbraio	8,02 %	agosto	8,25 %
marzo	7,85 %	settembre	8,46 %
aprile	8,60 %	ottobre	7,91 %
maggio	9,21 %	novembre	7,89 %
giugno	9,08 %	dicembre	8,02 %

Per Trieste vediamo ripetersi lo stesso fenomeno con una regolarità si può dire costante. Sono sempre i mesi di gennaio, febbraio e marzo che offrono le cifre più elevate di natalità: sono cioè sempre quei mesi, ai quali corrispondono i mesi primaverili dell'aprile, maggio e giugno dell'anno precedente in cui avvennero i relativi concepimenti.

Nati a Trieste:

	1920	1921	1922	1923
gennaio	682	627	594	493
febbraio	566	527	491	424
marzo	619	544	483	419
aprile	533	446	484	401
maggio	513	501	464	401
giugno	519	505	450	392
luglio	503	514	470	411
agosto	486	508	503	373
settembre . . .	471	468	395	382
ottobre	454	490	383	302
novembre . . .	491	478	417	371
dicembre . . .	506	498	394	369

Una statistica dello Aschaffenburg che si riferisce alla Germania per gli anni 1872-1883 ci prova come in questo periodico aumento dei concepimenti nei mesi di primavera non vi sia alcuna differenza tra i legittimi e gli illegittimi. Ecco le proporzioni percentuali nei singoli mesi:

	legittimi	illegittimi
gennaio	100	91
febbraio	99	95
marzo	99	103
aprile	103	110
maggio	106	116
giugno	104	109
luglio	105	104
agosto	97	100
settembre	95	95
ottobre	95	91
novembre	98	88
dicembre	105	100

Il parallelismo che comunemente corre in questi mesi tra nascite legittime ed illegittime esclude che l'acme primaverile dei concepimenti stia unicamente in relazione con la nuzialità più accentuata dei mesi primaverili. Sembra invece che entri in giuoco una maggiore attività delle ghiandole germinative, nella donna una migliore maturazione dei follicoli, ovulazione e formazione del corpo luteo. Oltre all'influenza del clima, della temperatura, della irradiazione solare in questa stagione ha importanza anche l'alimentazione più ricca specialmente in vitamine, indispensabili all'armonico sviluppo del nostro organismo. Quale importanza abbiano queste sostanze anche nelle funzioni sessuali della donna, lo abbiamo visto durante la guerra, negli anni di carestia e di fame, quando il regime carenzato continuato per mesi e mesi aveva finito col sopprimere spesso del tutto le regolari funzioni mensili (amenorrea da guerra o meglio da fame), minacciando di isterilire le fonti dalle quali trae origine la vita.

Se in questi mesi si fa sentire più vivo l'istinto fisiologico della riproduzione, altrettanto sembra avvenire per *gl'istinti sessuali perversi*. Così sono più frequenti in questi mesi gli oltraggi al pudore. Aschaffenburg ci dà le seguenti cifre per la Germania:

gennaio	64	luglio	149
febbraio	66	agosto	130
marzo	78	settembre	108
aprile	103	ottobre	90
maggio	128	novembre	68
giugno	144	dicembre	69

Per l'Italia tali delitti sui bambini risultano, secondo lo stesso autore, così distribuiti nelle loro cifre percentuali:

gennaio	5,17 %	luglio	12,42 %
febbraio	5,24 %	agosto	11,13 %
marzo	6,88 %	settembre	8,93 %
aprile	8,56 %	ottobre	7,29 %
maggio	10,95 %	novembre	4,95 %
giugno	13,03 %	dicembre	5,05 %

Nei mesi primaverili e particolarmente nel maggio e nel giugno incontriamo anche *l'acme dei suicidi*. Basta del resto la cronaca dei giornali quotidiani a mostrarci quanto frequenti sono i suicidi nei mesi primaverili e nella prima estate. Le statistiche raccolte nei vari paesi hanno dato carattere di precisione a questa impressione fornita dalla cronaca. Esquirol fu il primo a notare che i suicidi sono più frequenti durante i grandi calori. Le statistiche del Lombroso danno il massimo nel giugno, cui seguono il maggio, l'agosto, il luglio, l'aprile con il minimo in ordine decrescente a febbraio, novembre, gennaio. Dürckheim ci fornisce per la Francia, l'Italia e la Prussia le seguenti proporzioni mensili su 1000 suicidi annui:

	Francia	Italia	Prussia
gennaio	68	69	61
febbraio	80	80	67
marzo	86	87	78
aprile	102	98	99
maggio	105	103	104
giugno	107	105	105
luglio	100	102	99
agosto	82	83	90
settembre	74	73	83
ottobre	70	65	78
novembre	66	63	70
dicembre	51	61	61

Anche le statistiche più recenti per l'Italia riproducono lo stesso fenomeno.

Suicidi nel Regno:

	1915	1916	1917
gennaio	225	226	180
febbraio	231	180	173
marzo	303	226	201
aprile	271	216	197
maggio	328	298	275
giugno	353	257	270
luglio	293	261	240
agosto	268	196	232
settembre	224	163	196
ottobre	191	192	155
novembre	198	131	161
dicembre	207	185	159

A Trieste pure si delinea chiara l'influenza stagionale nel favorire il suicidio.

Suicidi a Trieste negli anni 1920-1924 incl.:

gennaio-marzo	114
aprile-giugno	155
luglio-settembre	155
ottobre-dicembre	119

Quali siano gli elementi che spingono in questa stagione un maggior numero di individui a questo sacrificio volontario al più giovane, capriccioso ed irrequieto degli Dei, noi lo ignoriamo. Certo è che comunemente non si possono chiamare in causa la miseria, la disperazione, l'angustia di mezzi ed altri fattori sociali, altrimenti non si spiegherebbe l'aumento dei suicidi proprio nella stagione dei fiori e dei sorrisi della Natura.

Non è escluso che qualche parte spetti allo scirocco che mette in taluni individui, particolar-

mente sensibili, umore nero, a colorito pauroso, angoscioso, ossessivo, inducendoli alla più cupa disperazione.

Noi sappiamo oggi come la preoccupazione, l'ansia, la paura producano un aumento della secrezione dell'adrenalina, per offrire all'organismo maggiore energia, che può essere impiegata per soddisfare le domande dell'istinto stato stimolato. Questa stimolazione avviene anche per opera della luce, più intensa e più viva in questi mesi, attraverso il sistema nervoso periferico, il cosidetto sistema simpatico. In tale stato di eccitazione l'individuo, labile nella sua psiche, non sa frenare gl'impulsi e le reazioni che ne derivano e, nella reazione all'avversità che lo circonda, beve il veleno e fa scattare il grilletto della rivoltella contro se stesso, seguendo quella specie di impulso primitivo, insito alla sostanza vivente, impulso a ritornare all'inanimato, all'inorganico, impulso che diventa più vivo e più imperioso nell'epoca quando l'istinto antagonista, quello della riproduzione, si fa più forte.

Altre volte vediamo scoppiare in soggetti psichicamente labili uno stato di esaltazione mentale che raggiunge la psicosi.

Si è visto cioè come la stessa ondulazione delle morti volontarie segue la linea che indica il numero delle ammissioni ai manicomi, avendo questa il punto più alto in giugno ed il più basso nel novembre. Il Lombroso nel suo *Genio e follia* ci fornisce le seguenti cifre per i singoli mesi:

gennaio	1476	luglio	2614
febbraio	1490	agosto	2261
marzo	1829	settembre	1604
aprile	2237	ottobre	1637
maggio	2642	novembre	1452
giugno	2701	dicembre	1529

Il Morelli nota un massimo nel giugno con decrescenza fino a dicembre, nel quale si avrebbe il minimo. Il Massarotto su dati del manicomio di Roma ha trovato le cifre più basse in febbraio che salgono poi gradatamente fino all'agosto per poi ridiscendere fino all'ottobre ed ha trovato un parallelismo tra la mania suicida e l'insorgenza della pazzia.

Nella clinica psichiatrica di Heidelberg (Gruhle) si ebbero dal 1892 al 1909 i seguenti accoglimenti nelle loro cifre percentuali:

gennaio	7,7 %	luglio	9,4 %
febbraio	7,7 %	agosto	8,2 %
marzo	7,8 %	settembre	7,4 %
aprile	8,9 %	ottobre	7,6 %
maggio	9,3 %	novembre	7,8 %
giugno	9,7 %	dicembre	8,2 %

Per il manicomio del Cairo il Wolg fa salire le accettazioni a 275 nel gennaio, a 500 nell'aprile, a 525 nel maggio, a 550 nel giugno, a 525 nel luglio, mentre nell'agosto ne segna appena 425.

Anche qui sembra che i fattori climatici facciano culminare le malattie mentali nella primavera e nella prima estate.

Pare non sia la temperatura elevata per sè da chiamarsi in causa, poichè questa raggiunge il suo acme più tardi, quando il fenomeno già si attenua. Quello che si verifica invece in questi mesi dal maggio al luglio sono l'aumento relativamente rapido e brusco della temperatura e la insolazione maggiore.

Le escursioni della temperatura, la differenza tra la temperatura massima e la temperatura minima giornaliera avrebbero cioè la loro importanza nel favorire questi squilibri della psiche.

In ogni modo manifestazioni diverse della vita psichica vediamo incontrarsi nel vertice di questa curva primaverile: in essa coincidono istinti sessuali fisiologici come abnormi, esaltazioni della psiche patologica però anche normali. Accenniamo anche alle esaltazioni normali, a quelle che si trovano ancora nei limiti di un'ebbrezza quasi fisiologica, poichè sembra provato che gli uomini di genio abbiano creato dei capolavori proprio nello stato di esaltazione o di ebbrezza cui molte nature sono trasportate nella primavera. Il Lombroso nel calcolare la parte che ai singoli mesi spetta nelle creazioni d'arte dei Grandi ci dà il seguente prospetto:

gennaio	101	luglio	105
febbraio	82	agosto	113
marzo	103	settembre	138
aprile	134	ottobre	83
maggio	149	novembre	103
giugno	125	dicembre	86

Un'altra tabella nella quale egli registra le opere di 13 uomini di genio, ci presenta il quadro che segue:

gennaio	99	luglio	96
febbraio	78	agosto	109
marzo	96	settembre	119
aprile	122	ottobre	80
maggio	137	novembre	101
giugno	106	dicembre	82

Per quanto siano molte le incognite e le lacune rispetto ai fenomeni biologici e fisiopsicologici di cui ci siamo occupati, in ogni modo è singolare che in questi mesi nel vertice della curva primaverile si incontrino istinti sessuali fisiologici e perversi, esaltazioni della psiche normali e patologiche.

Pola (Istria), aprile 1926.

BIBLIOGRAFIA.

HELLPACH. *Geopsychische Erscheinungen.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Provvedimenti al Consiglio dei Ministri.

Su proposta del Capo del Governo Ministro dell'Interno sono stati deliberati dal Consiglio dei Ministri fra l'altro:

a) Uno schema di provvedimento per la *lotta contro i tumori maligni*. Con esso è aumentato di L. 700,000 il fondo stanziato in bilancio: aumento che renderà possibile di accrescere la dotazione di «radium» a disposizione del laboratorio fisico della Direzione Generale di Sanità Pubblica e renderà più efficace l'azione di profilassi svolta, in questo campo, dal Governo.

b) Uno schema di provvedimento per migliorare il servizio del *chinino di Stato* e l'erogazione dei premi e sussidi per diminuire le cause della malaria.

c) Uno schema di provvedimento concernente l'estensione al personale degli enti locali delle norme relative alla soppressione delle *indennità di caro-viveri*. Il provvedimento è informato agli stessi principî sui quali si fonda quello adottato nei riguardi del personale statale, salvo le differenze rese indispensabili dalle diversità esistenti nel trattamento economico delle due categorie di funzionari. Ma con le norme proposte si è cercato di parificare quanto più possibile la situazione dell'una e dell'altra categoria in guisa che le riduzioni le colpiscano uniformemente.

Disposizioni su la Sanità pubblica.

La Commissione parlamentare ha distribuito la relazione sul disegno di legge relativo alla Sanità pubblica.

La relazione elogia i criteri che sono stati seguìti nella compilazione del disegno di legge, che mira ad impedire la pubblicità dei cosidetti mezzi terapeutici e preventivi, quante volte questa si possa prestare a sorprendere la buona fede del pubblico e dimostri comunque tendenze o finalità riprovevoli.

Una rigida disciplina è prevista per i casi di aborto, rendendo possibile su di essi un opportuno controllo delle Autorità sanitarie e dettandosi le norme tendenti a seguire da vicino lo svolgimento di quelle pratiche abortive che nel campo professionale sanitario trovano indicazioni terapeutiche, e ciò al fine di evitare l'abuso. La proposta all'uopo sancita tende: 1) ad obbligare le levatrici a ricorrere all'opera del medico quando constatino qualunque fatto o decorso irregolare riferentesi alla gestazione; a porre quindi sotto il controllo dell'Autorità sanitaria ogni caso di aborto, mediante l'obbligo di denunzia da parte del medico al Medico provinciale; 2) a sottoporre a preventiva speciale autorizzazione prefettizia l'apertura di case o di pensioni per gestanti; 3) una speciale disciplina inerente al presidio medico e chirurgico, tendente ad escludere la fabbricazione e la vendita di quei prodotti usati a scopi neo-malthusianistici o abortivi e a rendere più sicuro e normale nel contempo l'impiego di essi quando non sia lamentata una pregiudizievole attività reclamistica.

L'obbligo della vaccinazione antitifica.

Il Governatore di Roma ordina:

1. — Le Amministrazioni di tutte le istituzioni pubbliche, cliniche ed ospitaliere debbono fare eseguire la vaccinazione antitifica al dipendente personale di assistenza, di cucina, di disinfezione, di lavanderia e di pulizia non oltre il 30 giugno p. v.

2. — Gli elenchi del personale vaccinato comprendenti le generalità, la qualifica, la provenienza del vaccino adoperato e la via di somministrazione, dovranno essere comunicati all'Ufficiale sanitario del Governatorato. In elenco a parte saranno comunicati i nomi delle persone che si sia ritenuto di dover esentare a termine dell'art. 5 del citato decreto e la relativa motivazione.

3. — Tutto il personale di assistenza, di cucina, di pulizia degli istituti e case di cura privati e quello addetto a servizi di disinfezione, a lavanderie pubbliche, a trasporto di malati, pure dipendenti da istituzioni private, nonchè il personale addetto ai servizi di approvvigionamento idrico, alla raccolta ed allo smercio del latte, dovrà entro il 30 giugno sottoporsi alla vaccinazione antitifica.

4. — Tale vaccinazione verrà eseguita gratuitamente a cura del Governatorato nell'Ambulatorio del lavoro in via Galilei 1, nei giorni di lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 16 alle 18, a cominciare da oggi.

5. — Il personale addetto alle vaccherie dell'Agro romano verrà vaccinato sul posto a cura del Governatorato a mezzo dei medici delle stazioni sanitarie rurali.

6. — Il personale addetto alle latterie della città e del suburbio verrà vaccinato nell'Ambulatorio.

7 — È fatto divieto a chiunque di assumere alle proprie dipendenze personale da adibire alla raccolta ed allo smercio del latte che non sia munito oltre che del libretto di idoneità sanitaria ai sensi dell'ordinanza governatoriale su citata, anche dell'attestazione della subìta vaccinazione antitifica da parte del competente ufficio del Governatorato.

8. — Agli effetti di quanto è disposto nei precedenti articoli 5 a 7, s'intendono compresi tra le persone obbligate alla vaccinazione antitifica e al possesso del libretto di idoneità sanitaria anche tutti gli appartenenti alla famiglia degli esercenti industria o al commercio. I proprietari o i direttori di azienda dovranno rimettere alla Direzione dell'Ufficio d'igiene del governatorato, in via Merulana 123, non oltre il 20 giugno p. v., l'elenco

di tutti i loro dipendenti, ivi comprese le persone di famiglia addette all'azienda stessa.

9. — Sono escluse dall'obbligo della vaccinazione le persone che da certificato medico debitamente legalizzato, risultino o per età, o per sofferta infezione tifosa o per ragioni speciali in condizioni da doversi esentare. L'Ufficiale sanitario del governatorato ha facoltà di controllare la esistenza delle condizioni addotte per la dispensa della vaccinazione.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei Medici della Provincia di Roma.

Si avvisano i medici iscritti all'Ordine i quali non abbiano ancora versato il contributo di L. 20 per l'anno in corso, che è necessario che provvedano senza ulteriore indugio al pagamento, o direttamente negli Uffici dell'Ordine in via dei Lucchesi 31, dalle ore 10 alle 12 e dalle 18 alle 21, o con versamento al conto corrente postale N. 1/2609 presso qualunque Ufficio delle RR. Poste.

L'Ordine dei Medici per il ribasso dei prezzi.

Con questo titolo incompleto, nel precedente fascicolo 25, abbiamo riportato un deliberato preso in merito da un Ordine di colleghi, dimenticando di precisarne la provincia. Completiamo ora la notizia per avvertire che detto Ordine è quello dei Medici di Venezia, affinchè chi ha interesse di avere ulteriori chiarimenti, sappia che può rivolgersi al segretario di tale Ordine dott. A. Dian.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUAPENDENTE (*Viterbo*). — Scad. 15 lug., per Trevinano; L. 9500 per 1000 pov.; addizion. L. 4; 5 quadr. dec.; L. 1000 disag. resid.; indenn. cav. Tassa L. 50.10.

ANCARANO (*Venezia Giulia*). *Sanatorio Popolare.* — Il Consiglio di Amministrazione del Sanatorio Antitubercolare di Ancarano rende noto che l'avviso di concorso per il posto di direttore del Sanatorio Antitubercolare di Ancarano pubblicato il giorno 23-5-1927 è stato annullato. Il concorso stesso sarà riaperto al più presto.

CASTELBOTTACCIO (*Campobasso*). — A tutto 16 luglio per c. 60 pov. su 2360 ab.; altit. m. 650; stip. L. 6500 e 3 quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.15.

CERIALE (*Savona*). — Con Borghetto S. Spirito; ab. 2282; pov. 200 c.; stip. L. 9400 e 10 bienni ventes.; L. 400 bicicl. Scad. 24 luglio.

FIRENZE. *R. Scuola di Sanità Militare.* — Ammissione di 80 sottotenenti med. di complem. aspiranti alla nom. di ten. med. in serv. perm. Scad. 10 luglio. Vedi fasc. 25.

GUILMI (*Chieti*). — A tutto 10 luglio, con Roccaspinalveti; età lim. 40 a.; docum. a 3 mesi; tassa L. 50.10; stip. L. 9000, oltre L. 2000 cavalc., addizion. L. 5 oltre 500 pov., 5 quadrienni dec., L. 500 uff. san.

MANTOVA. *R. Prefettura.* — Uff. san. e medico capo dell'Uff. d'Ig. di Mantova; al 15 lug.; vedi fasc. 25.

MATELICA (*Macerata*). — Chirurgo primario, direttore Ospedale « S. Sollecito ». Limite età anni 35. Stipendio L. 8000 residenziale. Abitanti 10,000. Caro-viveri, tre quadrienni del decimo. Scadenza 9 luglio.

MODENA. *Deputazione Provinciale.* — Coadiutore del Laborat. Provinc. Medico-Micrografico; titoli ed esami; scad. 7 luglio. Rivolgersi alla Deputaz. (viale Regina Elena 6).

MONTECASTELLO (*Alessandria*). — Consorzio tre com.; ab. 1814; L. 7000, oltre L. 1500 trasp., L. 500 uff. san., L. 500 suppl. Scad. 9 luglio.

MONTORIO ROMANO (*Roma*). — A tutto 20 luglio; L. 10,500; addizion. L. 4 oltre 1000 pov.; tassa L. 50.10; età lim. 35 a.

OTRANTO (*Lecce*). — Scad. 10 lug., ore 12; lire 8500; tassa L. 50.10.

PAVIA. *Istituto di Clinica Chirurgica e di Medicina Operatoria della R. Università.* — Concorso per esami a due posti di assistente; stipendio iniziale di L. 7500 annue oltre un supplemento di servizio attivo ed il caroviveri di spettanza. Indirizzare istanza al Rettore in carta bollata da L. 2 prima del 2 luglio corredata dai seguenti documenti: certificato di nascita, da cui risulti che il concorrente non ha superato i 35 anni, a meno che non si trovi già in servizio come aiuto o assistente effettivo; certif. cittad. ital.; certif. buona cond. e di penalità in data non anteriore a tre mesi; cretif. di laurea in medicina; quietanza di pagamento della tassa di concorso di L. 50 all'Economato dell'Università; tutti quegli altri titoli che il concorrente creda utile di presentare.

ROSSANO (*Cosenza*). *Ospedale Civile Nicola Giannettasio.* — Direttore chirurgo primario e tre medici chirurghi ordinarî. Per il 1° posto: età mass. 45 a. al 28 maggio; 6 anni in ospedali o cliniche chirurg., dei quali non meno di 2 come assist. od aiut. ordin.; L. 7000; 45 % proventi. Per gli altri 3 posti età lim. 35 a.; L. 1800 (*sic*) e proventi. Tassa L. 50.10. Scad. 31 luglio. Chiedere annunzio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

A direttore generale dell'Amministrazione sanitaria e dell'Assistenza pubblica dell'Argentina è nominato il dott. Juan B. Emina, in seguito a rinunzia del dott. Abel Zubizarrata.

Il prof. Karl Amersbach, di Friburgo (Germania), è stato chiamato a coprire la cattedra di otologia dalla Università tedesca di Praga (Czecoslovacchia).

NOTIZIE DIVERSE.

La Scuola Superiore di Malariologia.

Il 16 corr., nell'Aula Magna della R. Università di Roma ebbe luogo la solenne inaugurazione della R. Scuola Superiore di Malariologia.

Erano presenti alla cerimonia il Ministro dell'Istruzione on. Fedele, il Ministro dei Lavori Pubblici on. Giuriati, il Sottosegretario di Stato agli Esteri on. Grandi, l'Ambasciatore della Repubblica Argentina presso il Quirinale Fernando Perez, il prof. Ascoli direttore della Scuola Superiore di Malariologia, i membri stranieri del Comitato d'onore, il sen. Marchiafava, il generale Baduel della Croce Rossa Italiana, il barone Mazzolani in rappresentanza del Governatore di Roma, il Senato e il Corpo accademico della R. Università e numerose altre personalità del campo medico e scientifico.

Il Rettore dell'Università, prof. Giorgio Del Vecchio, dice:

« Il Capo del Governo e Duce amatissimo dell'Italia nuova, on. Benito Mussolini, istituendo in Roma la Scuola Superiore di Malariologia, ha dimostrato ancora una volta come esso rivolga le sue vigili e provvide cure alla salute della popolazione, al miglioramento del territorio e dell'economia nazionale, al progresso della scienza. Il complesso problema della malaria, specialmente sotto l'aspetto scientifico, fu sempre considerato in Italia: e sarebbe ingiusto non ricordare i provvedimenti che, sulla base degli studi e delle scoperte fatte da eminenti studiosi nostri, da tempo si iniziarono per risolverle. Ma quella soluzione integrale, che nessuno dei Governi precedenti potè raggiungere, sarà opera e gloria del Governo Nazionale Fascista.

L'Università di Roma, alla quale appartennero gli scienziati che compirono le prime e fondamentali scoperte nello studio biologico e clinico della malaria — ricordo i nomi di Baccelli, Marchiafava, Grassi, Celli, i quali hanno i loro degni prosecutori negli attuali chiarissimi insegnanti della Facoltà medica — l'Università di Roma è particolarmente lieta di dare tutti i suoi mezzi, di uomini e di cose, per lo sviluppo del nuovo Istituto, che celebra oggi tra queste mura il bene auspicato suo nascimento.

Mi è grato, in questo proposito, di annunciare che, con recente unanime deliberazione della Facoltà medica, approvata da S. E. il Ministro dell'Istruzione Pubblica, è stata conferita la laurea in medicina *honoris causa* a S. E. il dott. Fernando Perez, Ambasciatore della Repubblica Argentina presso S. M. il Re d'Italia. Ciò per le alte ed insigni benemerenze di S. E. Perez nel campo delle scienze mediche, e in particolare per la preziosa sua opera diretta ad affratellare gli sforzi dell'Italia e dell'Argentina nella lotta contro il flagello palustre.

Possa la nuova Scuola, che sorge sotto i diretti auspici del Capo del Governo, orgoglio e amore degl'italiani, raggiungere pienamente il suo fine. per la salute fisica e la rigenerazione economica della Patria nostra e delle Nazioni sorelle ».

Aperta la cerimonia prende a nome del Governo la parola il ministro Fedele che dice:

« La malaria, è stato scritto recentemente, è il peggiore nemico del genere umano. Sopra un miliardo ed ottocento milioni di abitanti, sparsi sulla superficie terrestre, forse ottocento milioni sono insidiati dalla malaria. Ma essa è principalmente il flagello della penisola italiana.

Già il Governo fascista da qualche tempo meditava la creazione di un istituto per gli studi su questo flagello del genere umano: io stesso e l'on. Federzoni, per suggerimento del Capo del Governo, in occasione del 25° anniversario delle nozze di S. M. il Re d'Italia, avevamo disegnato anche nei particolari il nuovo Istituto. L'iniziativa del dott. Perez, ambasciatore della Repubblica Argentina, e dei rappresentanti degli Stati dell'America meridionale, ai quali mi è grato porgere in nome del Governo Nazionale un cordiale e deferente saluto, ha coronato felicemente i nostri studi: e il Capo del Governo ha, com'egli suole, rapidamente effettuato il disegno, creando questa Scuola superiore di malariologia che oggi ho l'onore di inaugurare.

Essa, per volere del Governo, mira a compiere il poderoso sviluppo impresso, particolarmente in Italia, alla lotta contro la malaria ed a costituire un centro di coordinazione e di propulsione della campagna multiforme e tenace la quale si svolge per la redenzione delle regioni infeste.

Era giusto che il nuovo Istituto sorgesse qui in Roma, dove la Scuola Romana fin dal 1700 con Gian Maria Lancisi fino ai classici studi del Marchiafava, del Celli, del Grassi, del Bignami, dell'Ascoli, per tacere di altri benemeriti, ha occupato con onore il primo posto nelle indagini sulla malaria.

La nuova Scuola dovrà occuparsi non soltanto della parte biologica e sanitaria, ma anche di tutto ciò che riguarda la bonifica idraulica ed agraria: e dovrà esser frequentata non soltanto da medici, ma anche da ingegneri ed agricoltori.

Non ostante i grandi progressi già fatti, lunga è ancora la via da percorrere. Ogni giorno sorge qualche nuova incognita che è necessario svelare, qualche nuova difficoltà che è necessario superare.

Il Governo Nazionale, che ha ben compreso l'importanza del problema, si augura che gli studiosi italiani, sospinti dallo spirito nuovo che anima oggi tutta la vita nazionale, compiano l'opera dei grandi che con fede di martiri, con abnegazione di apostoli, furono sulle prime linee nella guerra contro il terribile flagello.

Che la nuova Scuola, voluta dal Capo del Governo, conduca a lieto fine gli sforzi per sradicare il malanno subdolo e deprimente, che gli antichi rappresentavano come un mostro famelico distruttore di vite umane e di energie sociali, ed insegni a noi ed a tutte le genti il modo di

difendere e di accrescere la sanità ed il vigore necessari per effettuare le più eccelse idealità umane ».

Il prof. Vittorio Ascoli così esordisce: « Con l'intuito sicuro dell'Uomo di Stato, appena il nostro Capo del Governo conobbe l'attuale svolgimento degli studi sulla malaria in Italia e presso le Nazioni civili, pensò che una Scuola di malariologia dovesse sorgere tra noi, e con l'abituale prontezza, al pensiero fece seguire il provvedimento e l'azione.

« La Scuola sorge oggi a Roma perchè qui la malattia ha una propria storia. Ne sono documenti gli accenni di Cicerone, di Varrone, del Lancisi relativi alla esistenza ed alla diffusione della malaria. Gli italiani, e fra essi i medici di Roma (De Fonseca, Fabbri, Sinibaldi) furono fra i primi sostenitori della efficacia della corteccia di china: ad essi seguirono Sydenhan ma specialmente il Torti nella affermazione della azione specifica curativa della polvere di china ».

L'oratore passa quindi ad accennare alle scoperte sul parassita malarico dimostrando la grande importanza degli studi di Marchiafava e Celli e di Golgi che resero feconda di particolare importanza e di nuovi studi la prima scoperta del Laveran. Gli studi e le osservazioni del Grassi completarono le fondamentali acquisizioni dello studio della malaria. Alle ricerche successive sono legati i nomi di altri scienziati italiani: Bignami, Dionisi e Bastianelli. La dottrina anofelica fu accolta, sviluppata, applicata prima che ovunque in Italia e come la china fu base della cura, la dottrina anofelica fu base della profilassi Lo Stato italiano intraprese con tutti i metodi le nuove direttive profilattiche di cui abbiamo nelle singole regioni d'Italia saggi ben condotti. Da questi è sorta una chiara verità: che le singole misure devono adattarsi alle condizioni fisiche dei luoghi, alla gravità dell'endemia, ai costumi di vita degli abitanti. Solamente la razionale coltivazione della terra porta a risultati definitivi e permanenti nella lotta contro la malaria. Questo già conobbe, questo sa l'Italia. E con spirito d'italiano Mussolini volle che in Roma sorgesse la Scuola di malariologia. Questa Scuola moderna educherà i medici nello studio di tutti i problemi biologici, clinici, terapeutici e profilattici della malaria; ma essa servirà agli ingegneri, agli agricoltori, ai proprietari.

L'oratore è convinto che il perno del movimento antimalarico si è spostato dall'uomo all'ambiente esterno e che, secondo questo concetto, una moderna scuola di malariologia ha necessariamente un campo immenso di studi e di applicazioni. Ne è una chiara illustrazione il programma della nuova Scuola. In essa stranieri e italiani medici, ingegneri, agricoltori, proprietari avranno la visione del problema malarico moderno e conosceranno tutti i mezzi atti a sostenere vittoriosamente la lotta contro la malaria.

L'oratore così conclude: « La redenzione delle zone palustri all'agricoltura che darà sanità alla massa degli agricoltori e incremento alla pubblica economia sarà presto un fatto compiuto se noi, fidenti della esperienza e nella nostra forza, seconderemo le feconde iniziative del Governo cosciente dei supremi bisogni sociali e dedicato a sollevare la terza Italia alla grandezza cui la storia la chiama ».

Congresso italiano di Oftalmologia.

Nel recente Congresso d'Igiene oculare, tenuto a Napoli sotto la presidenza del prof. Angelucci, e di cui demmo già notizia, fu deliberata la ricostituzione dell'antica e gloriosa Associazione Oftalmologica Italiana e venne prescelta Palermo a sede del prossimo Congresso, che sarà presieduto dal prof. Lodato, direttore di quella Clinica Oculistica.

In Palermo, nell'aprile del 1911, aveva avuto luogo l'ultimo Congresso dell'Associazione Oftalmologica Italiana; dopo sedici anni l'Associazione riprende da Palermo la sua via per il progresso della scienza oftalmologica.

Nello stesso Congresso d'Igiene oculare, riconosciuta l'importanza di tutti i problemi attinenti all'igiene della scuola ed alla patologia infantile, fu deliberato, che a partire dall'anno prossimo il Congresso predetto allargherà i suoi còmpiti e diventerà Congresso d'Igiene della Scuola e di Patologia infantile.

Le predette deliberazioni sono state comunicate con telegrammi a S. E. il Ministro della P. I., al Magnifico Rettore della R. Università di Palermo, a S. E. Mori, Prefetto di Palermo, al Podestà di Palermo on. Di Marzo.

Federazione Internazionale di Latteria.

Nei giorni 15-21 maggio si è riunito a Parigi presso il Ministero di Agricoltura l'Ufficio permanente della « Fédération Internationale de Laiterie ».

Rappresentò l'Italia il prof. Costantino Gorini, delegato per l'estero della Sezione Italiana della Federazione stessa.

Venne concretato il programma dell'8° Congresso Mondiale di Latteria, che avrà luogo in Inghilterra dal 26 giugno all'11 luglio 1928.

II Congresso medico ucraino.

Si terrà a Odessa dal 10 al 15 settembre; temi di relazione « La sifilide viscerale » (relatori Melnikoff, Pletnev, Fainschmidt, Luria, Kogan); « Le coliti » (relatori Zlatogopoff, Suragesko, Vinogradoff, Gubergriz); « Le malattie articolari e loro cura » (relatori Brusilonvsky, Penkoolavsky, Diterichs, Serbrennick).

Per gli studi sanitari aeronautici.

S. E. Italo Balbo ha presentato a S. E. il Capo del Governo i membri del Comitato centrale per gli studi sanitarî aeronautici, convenuti in Roma per l'annuale riunione nella quale sono state trattate interessanti questioni riguardanti gli studi

psicofisiologici. Erano presenti il ten. generale medico Calegari della Sanità militare, il ten. generale medico Cavalli della Sanità marittima, il prof. Sclavo ed il ten. colonn. medico Di Cola dell'Uff. centrale di Sanità del Ministero dell'areonautica.

Conferenza di medici d'aviazione.

Il 19 maggio si sono adunati a New York, convocati dal Ministero pel commercio, i medici addetti ai centri di esame per gli aviatori civili.

Commissione antitubercolare.

L'11 giugno il prof. Felice Lo Bianco, delegato della Federazione dell'Urbe per la Lotta Antitubercolare, ha riunito la Commissione per l'inizio dei lavori per una migliore organizzazione antitubercolare nel Lazio. La Commissione è così costituita: prof. Felice Bianco, presidente; componenti: sig.ra Battiati Fadda Gina, gr. uff. Baduel prof. Cesare, prof. Benedetti Carlo, on. barone Gian Alberto Blanc, dott. Bocchetti Federigo, comm. prof. D'Ormea Guido, comm. Ferrante Arturo, prof. Fioretti Ermanno, prof. Ilvento Arcangelo, prof. Laurenti Gaetano, prof. Liebman Guido, prof. Mendes Guido, S. E. Paolucci prof. Raffaele, comm. Sirleo prof. Francesco, prof. Valagussa Srancesco e dott. Lo Bianco Domenico, segretario.

Per l'invio di centomila fanciulli alle colonie marine e montane.

Il Segretario generale del Partito Fascista intende che il desiderio del Duce, che nella prossima stagione estiva centomila fanciulli siano inviati alle colonie marine e montane, venga esaudito con slancio pari alla grande fiamma d'amore che è nel comandamento del Capo.

L'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia si è assunta l'organizzazione del complesso còmpito e già si studiano le modalità e si predispongono i mezzi con i quali verrà attuata la larga opera di assistenza della fanciullezza della Patria. E poichè gran parte di tale lavoro di organizzazione si esplicherà attraverso i Comitati di patronato dell'Opera Nazionale, che funzionano in ogni Comune, e dei quali fanno parte di diritto i segretari politici dei Fasci locali, così è necessario che i Comitati stessi siano messi in grado di assolvere con precisione ai còmpiti loro affidati. Il Segretario generale ha pertanto disposto che i Segretari federali invitino tutti i Fasci dipendenti a far pervenire ai detti Comitati le domande che si saranno fatti premura di raccogliere nella rispettiva zona. Ai Comitati stessi i Segretari politici che ne fanno parte di diritto dovranno prestare tutta la necessaria cooperazione in modo cordiale ed efficace.

Corsi di puericoltura per medici condotti.

Il R. Commissario straordinario dell'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, on. Blanc, constatato il favorevole risultato ottenuto dai corsi di perfezionamento istituiti per i medici e le levatrici, ha stabilito che siano tenuti quest'anno, nel periodo dal giugno all'ottobre, dei corsi speciali per medici condotti.

Tali corsi, che si prefiggono di dare al maggior numero dei medici condotti le indispensabili nozioni di igiene prenatale e postnatale di eugenica e di puericultura avranno la durata di un mese e si effettueranno nelle Università di Bari, Bologna, Cagliari, Catania, Firenze, Genova, Messina, Milano, Modena, Napoli, Padova, Palermo, Parma, Perugia, Pisa, Roma, Sassari, Siena e Torino.

A Roma i corsi saranno diretti dal prof. Francesco Valagussa.

Le domande per l'iscrizione debbono essere scritte su carta legale e dirette all'Opera Nazionale, Piazza Cavour, 25, Roma. Alla domanda dev'essere unito un vaglia di L. 50, importo della tassa per l'iscrizione.

Corsi Internazionali di perfezionamento per medici a Berlino.

Vengono organizzati coll'aiuto della Facoltà di medicina dell'Università dall'Unione dei Cattedratici (Dozentenvereinigung) e dalle organizzazioni unite nella casa Imperatrice Federico (Kaiserin Friedrich-Haus). Alcuni corsi sono permanenti, altri vanno dal 15 settembre al 31 ottobre.

I. *Corsi permanenti.* — *a*) Corsi speciali in tutti i rami della medicina, con esercizi pratici; durano regolarmente quattro settimane. *b*) Posti di uditori straordinari in cliniche, ospedali e laboratorî; sono destinati principalmente per medici, i quali vogliono lavorare per qualche tempo (almeno 2-3 mesi) praticamente, con insegnamento.

II. *Corsi dal* 15 *settembre al* 31 *ottobre.* — Per l'autunno sono proposti: *a*) Corso sinottico di tutta la medicina interna, considerando particolarmente la terapia moderna. (Durata 15 giorni). *b*) Corso sinottico delle malattie dello stomaco e degli intestini. *c*) Corso sinottico sul trattamento delle malattie dei bambini. *d*) Corso speciale per medici specialisti per le malattie della gola, del naso e dell'orecchio. *e*) Corsi particolari su tutti i campi della medicina con lavoro pratico su base d'una lista speciale.

Lingua d'insegnamento è il tedesco, però diversi cattedratici sono in grado d'insegnare anche in altre lingue. L'ufficio volentieri indica alloggi convenienti e dà informazioni sulle spese di soggiorno; si adopera anche per facilitare visite nelle cliniche per assistere ad operazioni ecc. Ogni medico, il quale desidera visitare la Germania a scopo di perfezionamento, farà bene di mettersi in comunicazione con l'ufficio. Questo ha carattere d'autorità e dà informazioni del tutto obbiettive. L'ufficio ha sede alla Kaiserin Friedrich-Haus, Luisenplatz 2-4, Berlin NW 6.

Decentramento ospitaliero di Milano.

Il decentramento dell'assistenza ospitaliera esercita dagli Istituti Ospitalieri di Milano, secondo

il piano organico stabilito dal R. D. 9 novembre 1925, con recente disposizione (R. D. 19 maggio p. p.) è prorogato al 31 dicembre 1928.

Per un Istituto biologico a Parigi.

Il barone Edmondo de Rothschild ha donato 30 milioni di franchi per la costruzione e il funzionamento di un Istituto di biologia fisico-chimica, il quale avrà lo scopo di studiare i meccanismi fisico-chimici dei fenomeni della vita.

Nuovo ospedale per veterani negli Stati Uniti.

Il 9 aprile venne inaugurato con grande solennità il nuovo ospedale per veterani, sorto a Fort Snelling, nel Minnesota. È veramente grandioso; risulta di varî corpi di fabbrica, di cui tre per tubercolotici, con 260 letti; uno per i casi neuropsichici, con 39 letti; un ospedale generale con 242 letti, diviso in più reparti, compresi quelli per oculistica, oto-rino-laringologia, odontologia, idroterapia, fisioterapia, radiologia ecc.; camere per esami speciali; una farmacia, ecc. Un altro edifizio a sè comprende gli uffici amministrativi. All'ospedale è annesso un magnifico e vasto campo ricreativo e per sports.

Casa per gli studenti a Chicago.

La « Young Men's Christian Association » ha inaugurato il 29 maggio a Chicago una casa per studenti in medicina, odontologia e farmacia, capace di ospitare 348 studenti e 40 medici dei corsi post-universitarî o che accompagnino agli ospedali dei pazienti di provincia; per le ammissioni non si tiene alcun conto della fede religiosa. All'edifizio sono annessi locali per esercizi fisici e per gare sportive. Gli studenti hanno concorso alla spesa con 50,000 doll.; la Facoltà e gli ex-allievi con 150,000; il dott. T. W. Brophy ha donato il terreno; la spesa rimanente, fino alla concorrenza di 870,000 doll., è stata sostenuta dall'Associazione.

Donazioni e lasciti.

Il sig. Battista Barbieri, da Palanzano, morto a 64 anni, ha lasciato un milione e mezzo di lire all'Ospedale di Parma, perchè vi era stato curato amorevolmente.

Il sig. Adolfo Donarini Buttafava di Milano ha donato 150,000 lire all'Ospedale Maggiore di Milano, in memoria della madre.

Hanno fatto dei lasciti allo stesso Ospedale: la signora Ida Finzi, da Ferrara, per 800,000 lire; la signora Paolina Brigola vedova Cauda, da Milano, per 100,000 lire; la signora Rachele Brera, da Milano, per 150,000 lire; quest'ultima ha lasciato anche 50,000 lire per l'incremento della Sezione Fototerapica Ambrogio Bertarelli e altrettanto per la cura marina dei bambini dimessi da detta Sezione.

La « Scuola di tisiologia » visita il Sanatorio di Ariccia.

Guidati dal prof. Lo Bianco, docente di patologia medica presso la R. Università di Roma, si sono recati in visita graditissima al Sanatorio di Ariccia i medici che seguono il corso di « tisiologia » organizzato dalla Federazione fascista fra gli Istituti privati di cura. Fu loro offerta una colazione.

Il prof. Lo Bianco con elevate parole mise in rilievo la grande importanza dell'Istituto e la sua perfetta organizzazione, compiacendosi dei magnifici risultati ottenuti. Esaltò l'opera del prof. Melloni e dei suoi valorosi collaboratori.

Il ritiro di Kraus.

Con largo intervento di allievi, di amici, di ammiratori è stato solennizzato, nell'auditorium della 2ª Clinica Medica di Berlino, il ritiro del prof. Kraus dall'insegnamento.

Il ministro dell'istruzione ha assegnato al Kraus un laboratorio nell'Accademia Imperatore Guglielmo, ove egli potrà continuare le sue ricerche.

Un busto di Kraus, opera dello scultore Lederer, eretto per sottoscrizione degli allievi, è stato scoperto nell'atrio della Clinica, di fronte a quello di Traube.

Falso medico.

Lo studente del 2º anno di medicina Alfonso Prestileo, da Girgenti, per mezzo di falsi titoli intestati al dott. Piazza si era fatto assumere quale medico condotto in diversi paesi del Bergamasco e poi si era fatto nominare assistente alla Maternità dell'Ospedale Maggiore di Bergamo; è stato arrestato a Padova; dovrà rispondere di abuso di titoli accademici, falso e truffa.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

ANNO XXXIV Roma, 4 Luglio 1927 Fasc. 27

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA.
diretta dal prof. M. DONATI

L'ossido idrato ferrico colloidale per via endovenosa nel trattamento delle anemie secondarie a forme chirurgiche.

(Contributo clinico)

Dott. EZIO POLACCO, aiuto volontario.

Dei vari preparati di ferro che vengono usati nel trattamento delle anemie, l'ossido idrato ferrico colloidale ottenuto per via elettrica, góde oggi della maggiore diffusione.

Io ho usato nel trattamento dei nostri ammalati di forme anemiche secondarie ad affezioni chirurgiche, un preparato ottenuto con metodo chimico e messo gentilmente a disposizione della Clinica dal prof. Sabbatani che vivamente ringrazio.

Ho usato la via endovenosa e ciò per logica conseguenza delle esperienze di Foà, Aggazzotti, Sabbatani, Salvioli e dell'Andreani e dell'esperimento clinico di quest'ultimo e del Dozzi.

Infatti l'ossido idrato ferrico colloidale iniettato per via ipodermica viene fissato dal connettivo e non passa in rircolo; di poi il passaggio dal punto dell'iniezione alla circolazione generale, cioè l'assorbimento, avviene con estrema lentezza. Sabbatani e Salvioli ritengono che la velocità di assorbimento sia inferiore a tre centesimi di milligrammo al giorno. Ne consegue che l'effetto sull'organismo debba essere minimo o del tutto assente, dunque inutile di sperare un'azione farmacologica efficace dalle iniezioni ipodermiche di ossido idrato ferrico colloidale.

Ben altri sono i risultati farmacologici che si ottengono iniettandolo nelle vene. Esso si fissa

quasi in toto nel fegato, nella milza e nel midollo osseo, si può fissare anche in altri organi, polmoni, reni), ma solo transitoriamente; in questi organi, dopo soli 15 giorni dall'iniezione, non fu mai osservato dal Sabbatani e Salvioli, mentre abbondante e per lungo tempo si deposita nel fegato, milza e midollo osseo.

In questo modo si creano condizioni più favorevoli per una buona ematopoiesi avendo nell'optimum tutte le premesse affinchè questa si effettui nel modo migliore, ossia presenza di ferro che lentamente, ma con ritmo continuo e graduale passa in circolo ed organi ematopoietici posti nelle migliori condizioni di biochimismo.

La via endovenosa si è dimostrata scevra da ogni pericolo, e benchè minima complicanza, l'iniezione è stata sopportata benissimo da tutti i pazienti, e non ho riscontrato alcun inconveniente, osservato da altri, quali ad es. vertigini, fatti congestizi, cefalea, nausea, aumento di frequenza del respiro e del cuore, alterazioni delle funzioni intestinali e secretorie e sopratutto non ho osservato mai elevazione termica, cosa che è molto frequente ad osservarsi con altri colloidi minerali iniettati direttamente in circolo.

L'iniezione endovenosa fu eseguita con la comune tecnica; osservai la norma generale di introdurre la soluzione lentamente in circolo e non ebbi a constatare nessuna reazione nel punto dell'iniezione.

Per quanto riguarda la dose iniettai in ogni ammalata per la prima volta 10 cmc. di soluzione d'ossido idrato ferrico colloidale, contenente l'1 ‰ calcolato in ferro metallico ed, a seconda del risultato ottenuto, dopo una ventina di giorni eseguivo una seconda iniezione eguale alla precedente.

In alcuni ammalati, per l'osservazione fatta, eseguii una terza e persino una quarta iniezione; esse sono state perfettamente bene sopportate e non causarono alcun inconveniente, anzi raggiunsero lo scopo che mi ero proposto di sollevare le condizioni generali di resistenza degli ammalati, se pure per un breve intervallo di tempo.

Sottoposi al trattamento di idrato ossido di ferro colloidale 14 ammalati, dei quali 11 affetti da forme anemiche secondarie ad affezioni chirurgiche e tre affetti da cloroanemia.

I miei casi posso dividerli in 4 gruppi ben distinti, faccio questo non per schematismo, ma perchè realmente si tratta di affezioni diverse che differenziano nettamente un gruppo di ammalati dall'altro, e sopratutto per poter vagliare meglio i risultati ottenuti dal trattamento.

1° *Al primo gruppo* appartengono 4 ammalati di affezione tubercolare, varia però la localizzazione e precisamente:

Pietro C., d'anni 17, celibe.
Diagnosi: Anchilosi dell'articolazione della spalla secondaria a processo tubercolare. Gonartrite tubercolare in atto (cure jodiche, apparecchio gessato).
Giovanni G., di anni 22, falegname, celibe.
Diagnosi: Polisierosite con stenosi intestinali multiple.
Alessandro B., di anni 24, celibe.
Diagnosi: Broncoalveolite; postumi di pleurite; stenosi pilorica d'alto grado. Operato di gastroenterostomia.
Rita P., d'anni 23, nubile, fotografa.
Diagnosi: Tabe meseraica.

2° *Al secondo gruppo* appartengono 4 ammalati affetti da neoplasia maligna in cura Röntgenterapica:
Bianca G., d'anni 50 sposata con figli, casalinga.
Diagnosi: Carcinoma dell'utero. Roentgenterapia.
B. T., d'anni 34, sposata, casalinga.
Diagnosi: Linfogranulomatosi. Roentgenterapia.
Wanda C., d'anni 37, sposata, casalinga.
Diagnosi: Carcinoma uterino. Roentgenterapia.
Giovanna C., d'anni 31, sposata, contadina.
Diagnosi: Linfosarcoma del collo. Roentgenterapia.

3° *Al terzo gruppo* appartengono due ammalate affette d'anemia secondaria ad emorragia interna.
Amabile V., d'anni 36, sposa con figli, casalinga.
Diagnosi: Ulcera duodenale sanguinante perforata nel pancreas. Operata di gastro-enterostomia.
Maria S., d'anni 37, sposa con figli.
Diagnosi: Aborto tubarico. Operata di ovarosalpingectomia destra.

4° *Al quarto gruppo* infine appartengono quattro ammalate affette da cloro-anemia.
Maria L., d'anni 21, nubile, operata d'appendicite.
Diagnosi: Clorosi.
Giulia Z., d'anni 41, sposata con figli.
Diagnosi. Anemia clorotica in soggetto tubercolare.
Lazzarina M., d'anni 24, sposata.
Diagnosi: Cloro-anemia incominciata all'epoca della comparsa delle mestruazioni.
Virginia M., d'anni 48, sposata con figli.
Diagnosi: Cloro-anemia incominciata all'epoca della comparsa delle mestruazioni.

Non riferirò per brevità gli esami del sangue al completo, cioè numero dei globuli rossi, numero dei globuli bianchi, formula leucocitaria, pressione al Pachon, emometria al Fleischl, valore globulare eseguito su ciascun ammalato sia prima che ad intervalli dopo ogni iniezione di ferro, rileverò solo quei dati che sono indispensabili per illustrare i risultati della cura e che possono chiarire le osservazioni da me fatte sugli effetti del trattamento sia delle anemie clorotiche che di quelle secondarie ad affezioni chirurgiche oppure a cure Roentgenterapiche.

Riporto una tabella che indica il comportamento del contenuto di emoglobina prima e dopo l'iniezione di ferro colloidale.

Di poi altre quattro tabelle scelte fra i 14 casi trattati: N. 2, Amabile V. si tratta di una ammalata in grave stato d'anemia secondaria ad ulcera duodenale perforata del pancreas ridotta in pessime condizioni da una grave emorragia che la colpì tre giorni dopo l'accoglimento in clinica. La tabella n. 3 riporta un caso di grave emorragia da aborto tubarico, accolta d'urgenza il giorno 21/1/1925 e tosto operata di ovarosalpingectomia destra.

La tabella n. 4 tratta di un'ammalata affetta da linfogranulomatosi che venne a morte dopo due anni di malattia con degenza a letto; le condizioni generali erano pessime; quando iniziai la cura la paziente a malapena stava seduta, era ridotta ad uno scheletro, lo stomaco non conteneva alcun cibo, tanto che per un certo tempo venne eseguita una nutrizione artificiale con clisteri nutrienti.

La tabella n. 5 riporta un caso di anemia d'alto grado in soggetto tubercolare; in questa ammalata il trattamento con iniezioni endovenose di ferro colloidale raggiunse completamente lo scopo, come in tre altre ammalate di cloro-anemia. Aumentarono il peso, il tasso d'emoglobina, il numero dei globuli rossi, ed il valore globulare raggiunse l'unità. L'appetito che mancava quasi completamente migliorò, in una parola le condizioni generali ebbero notevole e duraturo beneficio; della ammalata di cui si riferisce la tabella n. 5 il miglioramento permane ancor oggi ad un anno di distanza.

Dal complesso dei risultati raggiunti negli ammalati da me trattati colla soluzione di ossido di ferro colloidale ottenuto con metodo chimico potrei ritrarre le seguenti conclusioni:

In nessuno degli ammalati ebbi a lamentare degli inconvenienti o danni derivanti dalla cura eseguita, al contrario in tutti ottenni vantaggio più o meno notevole o completo a seconda dell'affezione e della sua gravità.

Buono il risultato ottenuto nei quattro ammalati affetti da forme tubercolari chirurgiche varie, dei quali tre furono operati, uno trattato con terapia incruenta (apparecchio gessato). Non posso vagliare esattamente il vantaggio da questi raggiunto, consistente in aumento di peso, dell'appetito, numero dei globuli rossi e bianchi, emoglobina in modo notevolissimo, poichè questi furono operati e sottoposti contemporaneamente a cure fisiche. Certo è che il rapido aumento dell'emoglobina controllato esattamente coll'emometro del Fleischl, deve essere attribuito alla cura endovenosa con ferro colloidale, tanto più se si tiene conto che anche l'ammalato non operato ebbe un uguale beneficio.

Ottimo risultato sotto tutti gli aspetti, sia come miglioramento delle condizioni generali che dell'ematopoiesi, numero dei globuli rossi, numero dei globuli bianchi, dell'emoglobina e valore globulare nelle due ammalate affette da anemia secondaria ad emorragia interna, una da aborto tubarico, l'altra da ulcera duodenale sanguinante perforata del pancreas; e nelle quattro pazienti affette da cloro-anemia. In tre di queste lo stato anemico aveva avuto inizio all'epoca mestruale, nella quarta, nella quale si era intervenuti per appendicite cronica, conseguentemente all'operazione aumentò lo stato anemico con inappetenza, cefalea, svogliatezza generale.

Interessante il risultato raggiunto nel secondo gruppo di ammalate affette da neoplasia maligna. In queste, dopo ogni iniezione di 10 cmc. di idrato ossido di ferro colloidale, riscontrai un miglioramento della crasi sanguigna, massimamente spiccato per quanto riguarda l'emoglobina, (vedi tabella n. 1), inoltre miglioramento delle condizioni generali.

Nel caso B. T. di linfogranulomatosi, l'ammalata che non riesciva a contenere nè solido nè liquido nello stomaco e che veniva nutrita per via rettale, riprese la nutrizione per os.

Tre delle quattro ammalate erano state sottoposte a Roentgenterapia per lo passato, una affetta da linfosarcoma del collo era in cura Roentgenterapica contemporaneamente al trattamento di ferro, questa ha raggiunto la guarigione clinica dal momento che è passato un anno e lo stato generale si mantiene buono.

Praticamente ne consegue che la terapia endovenosa con ossido idrato ferrico colloidale ottenuto per via chimica non dà alcun inconveniente nè locale nè generale lamentati da altri AA. che li hanno attribuiti a preparati simili.

Il vantaggio terapeutico ottenuto non fallì in alcuno dei pazienti trattati, sia nelle forme tubercolari chirurgiche, che nelle anemie secondarie ad emorragia interna e nella cloro-anemia. In questi ammalati, in modo speciale nei due ultimi gruppi, il beneficio apportato al miglioramento dello stato generale e della crasi sanguigna fu spiccatissimo.

Vorrei consigliare l'uso del preparato anche nelle forme di tumori maligni, perchè, se è certo che non si riesce a raggiungere i risultati duraturi come nelle altre forme morbose surricordate, è utile per rialzare temporaneamente le forze di resistenza dell'ammalato; inoltre è utile in quegli stati di depressione organica secondaria a Roentgenterapia.

Vorrei segnalare lo speciale aumento dell'emoglobina dopo ogni iniezione di ferro colloidale in qualsiasi ammalato, ed il suo significato clinico che ne risulta.

TABELLA N. 1.

	Pietro C. anni 17 Gonartrite tubercolare.	Giovanni C. anni 22 Polisierosite stenosi multiple intestin.	Alessandro B. a. 24 Broncoalveolite pleurite stenosi piloric.	Rita P. anni 23 Tabe meseraica.	Bianca G. anni 50 Carcinoma uterino.	Wanda C. anni 37 Carcinoma uterino.	B C. anni 34 Linfogranulomatosi.	Giovanni C. anni 31 Linfosarcoma.	Amabile V. anni 36 Ulcera duoden. perf. pancreas.	Maria S. anni 37 Aborto tubarico.	Maria D. L. anni 21 Cloro-anemia.	V. M. anni 24 Cloro-anemia.	L. M. anni 48 Cloro anemia.	C. Z. anni 41 Cloro-anemia.
Iniez. endovenosa di ossido idrato ferrico colloidale.	16.9 1924 10 cc. Fe col.	25.9 1924 10 cc. Fe col.	16.9 1924 10 cc. Fe col.	25.9 1924 10 cc. Fe col.	1.12 1924 10 cc. Fe col.	15.12 1924 R. T.	5.12 1924 10 cc. Fe col.	21.12 1924 R. T. 10 cc. Fe col.	29.12 1924 —	21.1 1925 —	23.1 1925 10 cc. Fe col	3.12 1924 10 cc. Fe col.	2.12 1924 10 cc. Fe col.	4.5 1925 10 cc Fe col
Emoglobina.	48 Fl.	53 Fl.	50 Fl.	55 Fl.	48 Fl.	44 Fl.	45 Fl.	58 Fl.	40 Fl.	24 Fl.	60 Fl.	35 Fl.	38 Fl.	50 Fl.
Iniez. endovenosa di ossido idrato ferrico colloidale.	17.10 1924 —	10.10 1924 —	29.9 1924 10 cc. Fe col.	16.10 1924 —	15.12 1924 —	21.12 1925 15 cc. Fe col.	12.12 1924 10 cc. Fe col.	5.1 1925 R. T. 10 cc. Fe col.	3.1 1925 ematemesi.	25.1 1925 10 cc. Fe. Sa.	1.3 1925 —	23.12 1924 10 cc. Fe col.	23.12 1924 10 cc. Fe col.	24.5 1925 10 cc Fe col.
Emoglobina.	70 Fl.	62 Fl.	59 Fl.	72 Fl.	58 Fl.	32 Fl.	55 Fl.	65 Fl.	28 Fl.	—	67 Fl.	40 Fl.	48 Fl.	62 Fl.
Iniez. endovenosa di ossido idrato ferrico colloidale.			10.10 1924 —		22.12 1924 10 cc. Fe col.	23.12 1925 —	22.12 1924 —	24.1 1925 —	9.1 1925 20 cc. Fe col.	27.1 1925 —	19.2 1925 10 cc. Fe col.	19.1 1925 —	19.1 1925 —	6.6 1925 —
Emoglobina.			65 Fl.		60 Fl.	42 Fl.	58 Fl.	72 Fl.	—	45 Fl.	—	49 Fl.	56 Fl.	68 Fl.
Iniez. endovenosa di ossido idrato ferrico colloidale.					30.12 1924 —		30.12 1924 10 cc. Fe col.		13.1 1925 —	7.2 1925 —	26.2 1925 —			
Emoglobina.					64 Fl.		55 Fl.		45 Fl.	57 Fl.	72 Fl.			
Iniez. endovenosa di ossido idrato ferrico colloidale.							7.1 1925 —		18.1 1925 10 cc.	migliora rapidamente.				
Emoglobina.							60 Fl.		50 Fl.					
Iniez. endovenosa di ossido idrato ferrico colloidale.							5.7 1925 10 cc. Fe col.		26.1 1925					
Emoglobina.							45 Fl.		57 Fl.					
Iniez. endovenosa di ossido idrato ferrico colloidale.							12.7 1925 —							
Emoglobina.							55 Fl.							

TAB. N. 2.

Amabile V., anni 36. Ulcera duodenale perforata nel pancreas.

Data	Distanza dal I. esame	Iniez. di ferro colloidale	Emoglob. Fleischl	N. globuli rossi	N. globuli bianchi	Valore globulare
29 Dicem. 1924	--	—	40	2.480.000	7400	0.80
2 Genn. 1925	—	—	28	1.800.000	7200	0.78
4 Genn. 1925	—	20 cc.				
13 Genn. 1925	9	—	45	2.300.000	7000	0.96
18 Genn. 1925	14	10 cc.				
19 Genn. 1925	15	—	50	2.400.000	7200	1,04
26 Genn. 1925	22	—	57	2.800.000	6 00	1.02

TAB. N. 3.

Maria S., anni 37. Aborto tubarico.

Data	Distanza dal I. esame	Iniez. di ferro colloidale	Emoglob. Fleischl	N. globuli rossi	N. globuli bianchi	Valore globulare
21 Genn. 1925	—	—	24	2. 60.000	7400	0.56
25 Genn. 1925		10 cc.				
27 Genn. 1925	2	—	45	2.3 0.000	7400	0.96
7 Febb. 1925	9	—	57	2.860.000	6200	1.00

TAB. N. 4.

B. T., anni 34. Linfogranulomatosi.

Data	Distanza dal I. esame	Iniez. di ferro colloidale	Emoglob. Fleischl	N. globuli rossi	N. globuli bianchi	Valore globulare
6 Dicem. 1924	—	10 cc.	45	2.680.000	5400	0.85
12 Dicem. 1924	7	—	55			
13 Dicem. 1924	8	10 cc.	58	2.880.000	5600	1.02
22 Dicem. 1924	17	—	58	2.800.000	5200	1.04
2 Genn. 1925	28	10 cc.	60			
7 Genn. 1925	33		60	3.200.000	6000	0.94
5 Luglio 1925	213	10 cc.	45	2.680.000	5400	0.85
12 Luglio 1925	220	—	55	2.880.000	5860	0.96

TAB. N. 5.

Giulia Z., anni 41. Cloroanemia.

Data	Distanza dal I. esame	Iniez. di ferro colloidale	Emoglob. Fleischl	N. globuli rossi	N. globuli bianchi	Valore globulare
4 Mag. 1925	—	10 cc.	50	2.600.000	6400	0.95
24 Mag. 192	20	10 cc.	62	3.228.000	800	0.95
6 Mag. 1925	33	–	68	3.400.000	6600	1.00

BIBLIOGRAFIA.

FOÀ C. e AGGAZZOTTI D. *Ueber die physiologische Wirkung Koiloider Metalle.* Biochem. Zeitsch., XIX, I, 83, 1919.

SABBATANI L. *Ricerche farmacologiche sul ferro I, Azione del cloruro ferrico.* Archivio di fisiologia, XVI, 63, 80, 1917.

SABBATANI L. e SALVIOLI I *Azione dell'ossido ferrico colloidale.* Archivio di fisiologia, vol. XVI, fasc. III-IV, marzo-maggio 1918, pag. 81-94.

PISU G. *Caratteri chimico-fisici dei preparati di ferro usati per iniezioni. Archivio Farmacologico Sperim. e Scienze affini,* 1921, p. 134, 141, 145, 156.

ANDREANI A. *L'uso delle soluzioni colloidali di ferro nella cura delle anemie.* Giornale di Clinica Medica, fasc. VII, 1924.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Contributo casuistico alla cura della encefalite letargica

per il dott. ALFREDO BETTÒLO, assist. vol. nella Clinica Medica della R. Università di Pisa.

Data la natura tuttora ignota della encefalite letargica (encefalite epidemica, malattia del sonno, mal della nona, ecc.), nonostante le assidue ricerche che sono state fatte e che tuttora si fanno, e nonostante le affermazioni di alcuni autori, è certo che il medico giunto alla sicura diagnosi di questa forma morbosa, si trova a brancolare nel buio quando si tratti della terapia da applicare.

Molti sono stati i metodi proposti per la cura di questa malattia ma, sino ad ora, nessuno di essi si è dimostrato di sicura efficacia, tanto che ben a ragione fino dal 1920 il mio maestro prof. Queirolo in una sua conferenza ai medici di Pisa diceva « come per l'immensa maggioranza delle malattie infettive acute, così per l'encefalite letargica non si può pensare ad una cura specifica essendo ancora ignoto il germe patogeno ».

Ed anche oggi, dopo sette anni, le parole del clinico di Pisa trovano netta conferma nel fatto che la terapia dell'encefalite letargica non si può fare altrimenti che sintomaticamente.

Per dimostrare appunto la contradittorietà esistente in fatto di terapia dell'Encefalite Letargica, prima di riferire intorno ad un interessante caso della malattia in questione occorsomi durante un servizio di supplenza in una condotta della Provincia di Pisa nei primi del 1924, non credo inutile passare in rivista sintetica i metodi curativi che all'attuale stato delle conoscenze vanno per la maggiore.

Queirolo ha segnalato per il primo, come indicazioni di cura causale, il sanguisugio delle

mastoidi e da ipodermoclisi ripetuti metodicamente per attenuare l'iperemia cerebrale e disintossicare l'organismo, ed in particolare i centri nervosi, degli affetti da encefalite letargica. Agostini ha consigliato le iniezioni di Neosalvarsan e, mentre questo autore avrebbe avuto dei risultati soddisfacenti, l'Achard invece avrebbe ottenuto risultati poco netti. Il Silvestri cita quattro casi di encefalite letargica nei quali avrebbe avuto la guarigione completa mediante iniezioni di tartaro stibiato fatte per via endovenosa; però anche di questo metodo i benefici non sono confermati da altri autori. È stato anche usato il siero antistreptococcico polivalente (Clinica del Mingazzini), in base alla possibilità che l'agente specifico della encefalite letargica fosse rappresentato da un diplostreptococco e si sarebbero ottenute, se non delle complete guarigioni, per lo meno dei notevoli miglioramenti. Courcoux e Meignant consigliano di usare il salicilato di sodio per via rettale avendo osservato che questo medicamento, sebbene non si debba considerare come uno specifico contro l'encefalite letargica, dia dei buoni risultati specialmente nei casi acuti. I suddetti autori consigliano di usarlo perfettamente purificato nella diluizione dal 4 al 10 %, nella dose di quattro-cinque grammi al giorno.

Secondo [illegible] il mezzo migliore per la cura della encefalite letargica sarebbe l'Urotropina, da iniettarsi direttamente nelle vene nei casi gravi, per via orale nei casi lievi.

Il Netter però, consiglia di somministrare l'Urotropina anzichè per via endovenosa, per bocca a piccole dosi nelle 24 ore perchè secondo questo autore, con questo metodo non si avrebbe una eliminazione troppo rapida dell'organismo, a differenza di quando si somministra per via endovenosa.

Il consenso sull'efficacia di questo medicamento è molto esteso, giacchè varii autori avrebbero riscontrato che se l'Urotropina non spiega un'azione diretta sul virus dell'encefalite, avrebbe però un'azione antisettica sui centri nervosi e nel liquido cefalo-rachidiano nel quale si troverebbe, sotto forma di aldeide formica, subito dopo la sua somministrazione. Molti altri autori hanno sperimentato il chinino, il bismuto, lo iodio, il solfato di magnesio ecc., ma i risultati sono scarsi ed incerti. Si è tentata anche la sieroterapia con siero di convalescenti, l'auto-sieroterapia e la sieroterapia specifica: ma anche con questi mezzi non si sono avuti risultati apprezzabili. Netter avrebbe pure consigliato come rimedio assai efficace nei casi gravi, e specialmente se messo in opera precocemente, l'ascesso di fissazione seguendo la metodica di Fochier, cioè iniettando sotto la pelle della coscia *uno* o *due* cmc. di essenza di trementina: però anche questo metodo messo in pratica si è dimostrato di efficacia assai discutibile.

Come, dunque, emerge ben chiaro dalla breve rassegna di cui sopra, l'incertezza che ancora regna sulla etiologia della encefalite letargica, ha fatto sì che nella cura si sia andati a tentoni sperimentando i metodi terapeutici preconizzati per altre infezioni, unitamente alla cura sintomatica che più o meno si equivale in tutte le malattie infettive di una certa gravità. Ma i pareri sulla efficacia o meno di tutta la grande varietà dei mezzi terapeutici messi in opera per la cura della encefalite letargica sono, come già ho detto al principio di questa mia nota, assai discordi tra loro, quindi per il momento, come ben dice il Gagliardi, siamo costretti a procedere alquanto a caso, senza una linea di condotta netta e precisa; al mistero etiologico si accoppia il mistero terapeutico. È da augurare che ciò non duri a lungo; lo fa sperare la febbre degli studi, delle ricerche, dei tentativi che è sempre viva oggi come lo era sette od otto anni or sono all'inizio dell'epidemia encefalitica. Ritengo non inutile riportare qui il caso di encefalite letargica cui più sopra ho accennato.

Si tratta di una giovane donna: Fosca Or. di anni 21, atta a casa, maritata, da Riglione (Prov. di Pisa). I genitori sono viventi e sani; nulla di notevole si riscontra nel gentilizio e nei collaterali. Ho sofferto in tenera età dei comuni esantemi infantili. Mestruò a 13 anni e mezzo circa e le mestruazioni furono sempre regolari per quantità, qualità ed intercorrenza. A 20 anni andò a marito con un uomo robusto e sano, tuttora vivente. È una forte mangiatrice e non ha mai abusato di bevande alcooliche. L'anamnesi prossima riesce completamente negativa. Il 10 febbraio 1924 trovandosi al 3° mese inoltrato di gravidanza, gravidanza che era la prima e che trascorreva normalmente, si mise a letto per una intercorrente forma d'influenza caratterizzata da discreto rialzo termico (38°,5-39°), modica cefalea prevalentemente frontale, corizza, vaghi dolori reumatoidi, lievi fatti catarrali sparsi su tutto il torace, poca tosse senza espettorato, sensazione intensa di astenia generale. Fatte le solite cure del caso, dopo dieci giorni scomparve completamente la temperatura assieme ai fatti catarrali sopra detti e si fecero evidenti, in breve lasso di tempo, alcuni speciali sintomi, che or ora descriverò, e che, dopo un accurato esame, m'indussero ad emettere la diagnosi di encefalite letargica (diagnosi che fu pure confermata in quel tempo all'ambulatorio della Clinica Medica di Pisa). L'interessante quadro nosologico era caratterizzato da uno stato di ipersonnia che l'ammalata aveva pressochè continuamente, di giorno e di notte, da una modica cefalea a tipo frontale,

spiccata diplopia, senso di stiramento alla radice del naso, ronzio agli orecchi, esagerazione dei riflessi rotulieni, sintomo di Chwosteck, intensissima diaforesi. Ricercati diligentemente e con pazienza si trovarono pure presenti il segno del frontale ed il segno del mioclono provocato. Mi trovavo quindi dinanzi ad un caso acuto classico, molto iniziale, di tale malattia. Fatta la diagnosi, iniziai subito la terapia prescrivendo dell'urotropina per os a piccole dosi ripetute nella giornata (6-8 dosi di *centigrammi venticinque* cadauna) e contemporaneamente feci metodicamente, per quasi otto giorni, piccole ipodermoclisi, a giorni alterni, di comune soluzione fisiologica al 0,75 %. Di poi abbandonate le ipodermoclisi e per os l'urotropina, praticai alla malata *sei* iniezioni endovenose di questa ultima sostanza ad intervalli di *quattro* giorni l'una dall'altra, alla dose di quattro cmc. per volta, soluzione all'1 % senza mai avere spiacevoli fenomeni di reazione, come qualche autore ha osservato, o modificazioni nella gravidanza che decorreva sempre bene. Non avendo però ottenuto dai suddetti metodi curativi favorevoli risultati feci fare alla paziente dieci iniezioni iodo-iodurate alla Durante senza peraltro ottenere, anche questa volta, miglioramento alcuno o per lo meno una attenuazione di qualcheduno dei sintomi morbosi. Pensai, allora, di ricorrere alle frizioni di unguento mercuriale secondo il metodo del Billingheimer, metodo che a quanto io mi sappia non risulta essere stato ancora provato in Italia ed al quale io mi sono attenuto, come ora descriverò, fuorchè nel dosaggio del medicamento. Sembrandomi troppo alta la dose preconizzata dal Billingheimer di grammi cinque pro die, prescrissi alla mia ammalata una frizione ogni due giorni del comune unguento napoletano alla dose di gr. tre 1/2 ogni volta, dose che la paziente sopportava benissimo senza che si rendesse evidente alcun fenomeno d'intossicazione idrargirica. Le frizioni venivano fatte nei soliti punti di elezione come per la cura mercuriale della sifilide (alla faccia anteriore degli avambracci, alla faccia interna delle cosce, a livello dei malleoli).

Dopo una dozzina di giorni dall'inizio di questa cura cominciai a notare una attenuazione dei sintomi presentati dall'ammalata, specialmente dello stato d'ipersonnia, sintomi morbosi che gradatamente andavano scomparendo a misura che si proseguiva nella cura, tanto che non erano più apprezzabili prima che fosse ultimata la serie completa di 25 frizioni. Nel frattempo la paziente, che era giunta al termine della gravidanza, partorì eutocicamente, e senza risentire alcun danno da tutte le fatiche del parto, un feto a termine di sesso maschile ben nutrito ed in perfette condizioni di vitalità. La Fosca Or. alla quale vietai in maniera assoluta l'allattamento e che è stata seguita con attenzione dai primi del 1924 a tutt'oggi, non presenta reliquato alcuno della malattia sofferta, gode buona salute ed ha ripreso il proprio lavoro da vario tempo; il figlio sta bene e cresce sano e robusto.

Ed ora, dopo quanto ho brevemente descritto, viene spontanea una domanda: per quale meccanismo di azione si è prodotta la guarigione nella mia ammalata?

La risposta è ben difficile a darsi allo stato attuale delle conoscenze, ma credo, nonostante, di poter avanzare, con le debite riserve, questa ipotesi: il benefico effetto della cura mercuriale, nel caso di encefalite sopracitato, si è avuto prima di tutto perchè la malattia era proprio al suo inizio, secondariamente perchè il virus ignoto della encefalite letargica era stato reso più labile, se pure lievemente, nella sua resistenza, dalle precedenti svariate cure per modo che il mercurio ha potuto agire direttamente su di esso con maggiore effetto, provocando forse anche un contemporaneo riassorbimento delle infiltrazioni infiammatorie.

Questa azione poi del mercurio parmi, come del resto ha pure pensato lo stesso Billingheimer, possa riferirsi al fatto delle analogie anatomopatologiche, esistenti secondo qualche autore, fra la encefalite letargica e la sifilide.

Ho voluto segnalare questo caso per il metodo curativo usato con favorevoli risultati, ed anche perchè trattandosi di donna in stato di gravidanza non vi è stato bisogno di procedere alla interruzione di questa come vorrebbe il Del Sole (*Rivista di ostetricia e ginecologia pratica* - Palermo 1924), il parto si è espletato senza danno alcuno per parte della madre; il feto, a termine, è nato in ottime condizioni organiche.

È certo che un solo caso, per quanto eminentemente dimostrativo come quello da me citato, non può fornire delle assolute direttive specie per la cura della encefalite letargica, ma mi basta solo di avere additato un metodo, precedentemente adoperato dal Billingheimer in Germania, di grande semplicità tecnica e scevro di pericoli, metodo che nel mio caso, è risultato di sicura efficacia e che potrà forse portare a risultati ancor più positivi se verrà bene esperimentato più che altro, come io credo, nei casi acuti e molto iniziali della encefalite letargica.

BIBLIOGRAFIA.

G. B. QUEIROLO. *L'encefalite letargica.* Riforma medica, anno, 1920, n. 15, pag. 361.

CHARLES ACHARD. *L'encephalite léthargique.* Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1921.

ALESSANDRI. Rivista critica di Clinica Medica, 15 nov. 1919, pag. 545.

A. GAGLIARDI. *Encefalite letargica od epidemica. Il Progresso terapeutico.* Editore Rancati. Milano, 1926.

AGOSTINI. Citato da GAGLIARDI. Loc. cit.

V. ASCOLI. Il Policlinico, 3 agosto 1919, pag. 951.

ID. *Sulla cosidetta encefalite letargica.* Riforma medica, 25-10-1919, pag. 945.

BASTAI. *Ricerche batteriologiche e sperimentali sulla etiologia della encefalite epidemica.* Accademia medico-fisica fiorentina, 29-4-1920.

BIGNAMI. Rivista spedaliera, 15 e 30-11-1920.

BOVERI. *Sulla encefalite letargica.* Soc. Medico-Biologica di Milano, 15-12-1920, e Riforma medica, n. 9 del 1920.
BRILL I. C. *Auto-siero-terapia nella encefalite letargica.* Medical Record, 26 giugno 1926.
C. CASTELLI. Il Policlinico, 23-2-1920, pag. 231.
VON ECONOMO. *Die Encephalitis lethargica.* Wien. Mediz. Wochens, 15 e 22 aprile 1920, pag. 329 e 361.
GUIZZETTI. *Per l'anatomia patologica della encefalite letargica.* Riforma medica, 1920.
G. MINGAZZINI. Policlinico, 12-4-1920.
ID. Citato da GAGLIARDI. Loc. cit., 1926.
A. NETTER. *Le traitement de l'encephalite lét.* La médecine, agosto 1920.
A. PIC. *A propos du traitement de l'enc. lét.* Bulletin de la Soc. Médic. des hôpitaux de Lyon, 20-4-1920, pag. 92.
SABATINI. Il Policlinico, gennaio 1920.
MARINESCO. *L'encefalite epidemica e la gravidanza.* Bullettin de l'Académie de Médecine, 12 luglio 1921, pag. 34.
LEVADITI, HARVIER et NICOLAU. Compt. Rendus de la Soc. de Biologie, 2 luglio 1921, pag. 197.
MICHELI. Riforma medica, 1-1-1921, pag. 9.
THOMAS et RENDU. Paris médical, 1-10-1921, pag. 274.
WINSLOW. *Differential diagnosis in epidemie lethargic encephalitis.* Northwest Ned., marzo 1920, pag. 73.
E. BILLINGHEIMER. Klin. Woch., 26-6-1923.
COURCOUX et MEIGNAUT: Bullettin de la Soc. des hôpitaux de Paris, 2-5-1924.
CARNOT. Paris Médical, 24-2-1923.
FABERI. Il Policlinico. Sez. Prat., fasc. 44, 1925.
E. MATTHEW: Riforma Medica, 1925, pag. 302.
D. DÉNECHAU et LÉROY. *La cura della encefalite letargica col salicilato di sodio.* Monde Médical, dicembre 1926, n. 90.
DEI SOLE. *Sopra alcuni casi di encefalite letargica in gravidanza.* Rivista di Ostetricia e Ginecologia Pratica, Palermo, marzo 1924.
CRUCHET. *Traitement actuel du syndrome parkinsonien.* Journal des Praticiens, 25-4-1925.
TAKAGI. *Etiologie de l'épidémie d'encéphalite de 1924 au Japon.* Revue de neurologie, 1926.
P. ALESSANDRINI e F. FRATTALI. Bollettino ed Atti della R. Accademia medica di Roma, fasc. 7-8 del 1926.

RIVISTE SINTETICHE.

Dell'infezione fetale.

Rivista sintetica

per il dott. BENVENUTO COGLIEVINA (Trieste).

Avendo avuto occasione di occuparmi negli ultimi anni di vari capitoli del tanto vasto campo della fisiopatologia ostetrica, mi sono imbattuto in alcuni lavori, che mi parvero non privi forse di un certo interesse anche per il medico pratico. Partendo da questo punto di vista, ho compilato il presente breve studio.

Nella fisiopatologia della gravidanza tiene senza dubbio uno dei primi posti la tanto discussa questione della trasmissione di malattie da madre a feto. E non a torto lo ammettono nel loro trattato di ostetricia Ribemont-Dessaignes e Lepage, che il più interessante problema nella patologia della gravida sia appunto quello sul passaggio di microbi o dei loro prodotti da madre a feto.

Questo capitolo della patologia della gravidanza interessa però non solamente l'ostetrico, ma anche l'internista, specialmente in caso che si tratti di malattie infettive.

I. — La placenta, che apparentemente ha delle funzioni comparabili a quelle di una ghiandola a secrezione interna (Aschner), funge da « barriera » fra madre e feto e cioè in duplice senso: meccanicamente quale filtro a mezzo del villo e biochimicamente nell'esplicare una sua propria attività battericida e fagocitaria. « La placenta funziona allora » — secondo quanto espose in merito Ferroni —, « in virtù dell'attività dei suoi protoplasmi viventi da organo intercettante e regolatore fissando, neutralizzando, trasformando i materiali che le vengono in contatto e selezionando degli altri che possono passare, quelli che debbono così essere aggrediti ».

Il villo aggredisce anche, se le sue condizioni di difesa lo esigono eventualmente il corpo materno e cioè per mezzo di proprie sostanze biochimiche lanciate da lui ed aventi facoltà antitossiche.

Da J. Hofbauer, che studiò a fondo il tanto importante problema dell'attività biologica della placenta, questa viene paragonata, a causa delle sue tanto varie funzioni biologiche non solamente ad un semplice filtro, ma bensì ad un organo consimile all'intestino e cioè sia dal punto di vista anatomico, che da quello fisiologico.

A quanto si è potuto finora assodare sul funzionamento della placenta quale filtro, pare che in condizioni fisiologiche normali sia effettiva-

mente quasi del tutto escluso un trapasso di germi; ed appena in seguito a più meno gravi lesioni (causate direttamente o indirettamente dai germi o dai loro prodotti) si suppone che la placenta perda la sua facoltà « inibitrice ».

Così almeno lo suppongono vari autori e fra questi ci sono parecchi che godono indubbiamente nel mondo scientifico fama di indagatori seri e scrupolosi, per poterci fidare di tali asserzioni (Ascoli, Lustig, Rondoni, Loewit, Kolle e Hetsch).

Noi non possiamo perciò condividere più un punto di vista antiquato come lo difendeva a suo tempo con grande fervore il rinomato ostetrico Fehling, che in un suo lavoro (pubblicato nel 1877) considerava la placenta in base alla struttura anatomica un filtro fisiologico che inibisce assolutamente e in tutti i casi il passaggio di germi.

Va da sè, che l'eventuale trapasso di sostanze allogene da madre a feto oltre la barriera placentare, lascia supporre le più svariate gradazioni (A. Robolski).

Lustig confronta molto bene il passaggio del germe morbigeno attraverso la placenta con un processo metastatico in un altro organismo. Il paragone di Lustig ci fa venir in mente una teoria di Lubarsch: la cosidetta « Durchwachsungstheorie ».

Da varie osservazioni si è potuto del resto dedurre, che non è escluso affatto anche solamente una permeabilità temporanea della placenta per i germi (Vignes).

Per addentrarsi meglio nel complesso problema dell'infezione fetale sarà bene di scegliere quale base fra la tanto vasta rispettiva letteratura i casi che meglio si prestano alla dimostrazione della questione da trattarsi. Io sceglierò a caso una e l'altra delle numerose pubblicazioni, escludendo però quelle che si occupano della sifilide ereditaria.

Vaiuolo. — Già nel 1884 venne affermato da Bollinger, parlando egli della « vaccinazione intrauterina », « che il feto di una donna gravida inoculata con successo, contragga ordinariamente l'infezione ».

D'altronde sostenne poi Voigt nel 1894, che il feto non subisce in generale l'infezione vaiuolosa della madre, fatta eccezione in caso di lesioni placentari.

Grande importanza epidemiologica, — specialmente dal punto di vista della profilassi — ha una deduzione fatta da Penkert in base agli studi di Meyer-Rüegg: Penkert vuole che vengano considerati infetti i bambini nati da madre affetta da vaiuolo e che questi sieno perciò immediatamente isolati.

In un caso molto istruttivo S. Cappellani ha potuto dimostrare la possibilità dell'infezione vaiuolosa del feto anche se la madre rimaneva sana; questa non era però immune come risultò dalla reazione che essa diede in seguito a rivaccinazione.

Nel vaiuolo si può forse spiegarsi più facilmente l'infezione del feto, dato che in seguito alla tendenza emorragica di spesso osservata nel vaiuolo delle gravide (Kehrer), si avrà con grande probabilità delle lesioni placentari, che agevolano naturalmente l'infezione endouterina.

Malaria. — Riassumendo quanto si è potuto finora osservare riguardo la malaria congenita, si può affermare, che se il filtro placentare risultasse alterato, non sarebbe da escludersi naturalmente una eventuale trasmigrazione endouterina degli ematozoi stessi. Infine delle rispettive sue deduzioni scrive V. Ascoli: « In conclusione, secondo me, la malaria congenita è innegabile, ma non è frequentemente dimostrabile ». A tale proposito dice I. Comby: « Le paludisme peut se transmettre par la placenta, et Ballantin a trouvé les hématozoaires dans le sang du nouveau-né comme dans le sang maternel ».

Polmonite. — Al Villa noi dobbiamo uno studio molto esatto sulla polmonite in gravidanza e sulla trasmissione del morbo da madre a feto; l'autore ammette l'infezione fetale, ma solamente in base a lesioni della villosità della placenta.

Non meno importante di questo è un lavoro pubblicato da Bochenski e Gröbel, nel quale gli autori parlano esaurientemente sull'infezione da diplococco Fraenkel-Weichselbaum, che il feto contrasse dalla madre e cioè in forma di broncopolmonite. (Il lavoro porta una ricca bibliografia nella quale si scorgono con piacere anche i nomi di Foà e di Uffreduzzi).

Erisipela. — Parlando dell'infezione transplacentare in generale B. Ottow si intrattiene più a lungo sull'erisipela, affermando in base ai casi finora pubblicati e ad uno da lui stesso osservato, che non si è potuto finora constatare con certezza assoluta l'infezione endouterina da erisipela.

Comby però, basandosi a sua volta su quanto scrisse Ballantin nel suo studio sulla « pathologie anténatale », cita anche l'erisipela fra le malattie trasmissibili per via placentare.

Tifo. — Voglio qui premettere, che Frascani sostenne nel 1892 l'idea, che il passaggio dei germi del tifo da madre a feto sia possibile; ma secondo questo autore la trasmissione sarebbe possibilitata solamente da emorragie placentari.

Nel 1910 trattò K. Peták in un suo lavoro « Zajimavy pripad prechodu b. Typhi abdominalis z matky do plodu » l'infezione tifosa in un feto. Il

bacillo Eberth venne riscontrato nel feto (IV mese) e cioè nel sangue, nel fegato, nella milza e in gran numero specialmente nel contenuto intestinale. (La madre era però già convalescente).

Anche Janizsewski descrisse un caso di ileotifo, nel quale l'esame batteriologico dimostrò indubbiamente l'infezione tifosa del feto (espulso nel l'ottavo mese). A Schmidt noi dobbiamo uno studio sull'infezione endouterina in seguito a paratifo. Qui credo opportuno ricordare quanto disse Hidden a proposito delle cause che possono provocare la morte del feto: « Les intoxications telles que l'alcoolisme, le paludisme et le saturnisme, les affections aigues telles que la grippe ou la fièvre typhoide paraissant avoir une influence vraiment minime et qui ne justifie guère la place qui leur est faite dans les traités classiques ».

Quanto all'infezione tifosa, noi troviamo una conferma dell'idea esposta dal Hidden in una « nota statistico-pratica » di A. Ferri, nella quale questo viene alla conclusione, « che la presenza dell'infezione tifosa in donne incinte non giustifica una prognosi eccessivamente grave per la madre e nemmeno per il feto ».

Encefalite epidemica. — Nella seduta del 28 maggio 1921 della Société de Biologie Levaditi, Harvier e Nicolan fecero una interessantissima comunicazione sul tema « Passage du virus de l'encéphalite épidemique de la mère au foetus », dimostrando sperimentalmente (coniglia) che la trasmissione del virus dell'encefalite epidemica a traverso « le filtre placentaire », e dicendo infine (secondo il resoconto della seduta pubblicato dalla « Gazette des hôpitaux »): « Cette expérience prouve que le virus de l'encéphalite traverse le filtre placentaire pour se localiser dans le cerveau du foetus ».

Carbonchio. — Da uno studio sperimentale di M. S. Latis (1891) sulla trasmissione del carbonchio da madre a feto, risulta, che l'infezione transplacentare sia di fatto possibile; ma anche questo autore, come quegli già citati antecedentemente riguardo altri morbi, ammette quale « conditio sine qua non » delle alterazioni vasali.

Tubercolosi. — Sempre pensando alla tanto discussa questione della più o meno esistente lesione placentare quale indispensabile premessa per spiegarsi un'infezione endouterina e visto che R. Käckell potè recentemente descrivere un caso di trasmissione intrauterina dell'infezione tubercolare, mi pare non prive di interesse a tale riguardo le osservazioni fatte da Dufour e Thiers. Questi due autori parlano nel loro studio (Trasmission de la tuberculose de la mère au foetus » di una donna morta poi per meningite tubercolosa, la quale trasmise al feto l'infezione tubercolosa senza che gli autori avessero potuto constatare la più minima lesione tubercolosa della placenta. Ed infatti vennero già descritti altri casi di infezione tubercolosa endouterina senza la minima percepibile lesione placentare (Dubois). Si tratterà forse di casi eccezionali, ma visto poi uno studio di Calmette, Valtis e Lacomme (pubblicato nel 1926), ove si parla di identiche osservazioni, non si potrà più attenersi così rigidamente al « dogma » della « barriera placentare ».

Calmette, Valtis e Lacomme deducono dalle loro rispettive osservazioni che in taluni gravi casi di infezione tubercolosa si debba ammettere la trasmissione transplacentare del morbo e cioè in seguito ad una forma filtrabile del b. di Koch, denominato dagli autori ultravirus tubercolare ed in questi casi non si riesce naturalmente di constatare alcune lesioni placentari.

Non è del resto affatto impossibile che anche in altre malattie infettive si debba pensare alla possibilità di eventuali virus filtrabili, che passino l'illesa barriera placentare.

II. — Non meno interessante del problema dell'infezione transplacentare del feto è poi la questione dell'immunità fetale. Da talune pubblicazioni risulterebbe che da madre a feto vengono trasmesse delle sostanze immunitarie, e cioè a placenta non lesa.

Per mezzo di esperimenti, eseguiti con grande esattezza, Polano potè constatare, che l'antitossina del tetano passa da madre a feto. Polano è dell'opinione che tale processo non presenti un fatto patologico come lo vorrebbe per esempio Römer (il quale sperimentò con l'antitossina difterica), ma bensì un processo fisiologico normale.

Ad uguale conclusione come il Polano venne anche Kretschmann, il quale ottenne in vari riuscitissimi esperimenti la trasmissione dell'antitossina del tetano e della difterite da madre a feto.

Non priva di interesse mi pare l'asserzione fatta da Ferroni, che è ammissibile una certa « complessa azione biologica dell'epitelio del villo » su talune sostanze immunitarie materne nel loro passaggio al feto.

Come sempre in tali complicate questioni biologiche dipende naturalmente molto dalla tecnica dell'esperimento stesso; e poi si deve pensare anche ad un fattore non trascurabile, cioè l'importanza che hanno talune differenze individuali nello svolgersi delle rispettive reazioni, che dà l'organismo.

In un caso, per esempio pubblicato pochi anni fa da Wichels, l'autore constatò in una tifosa gravida, che le agglutinine non erano affatto passate da madre a feto.

È comprensibile, come in seguito a simili differenti risultati ed alle grandi difficoltà tecniche

che si oppongono alle ricerche eseguite per assodare definitivamente il complicato meccanismo di tali reazioni biologiche nell'organismo gravido infetto, taluni autori (come p. e. Ph. Jung) non si azzardano a fare in merito delle deduzioni definitive.

Contrariamente all'asserzione fatta dal suddetto Wichels, venne constatato da Capaldi, che il passaggio di agglutinine del tifo da madre a feto avviene di fatto.

A. Mayer, basandosi a sua volta sulle rispettive pubblicazioni di Schmidlechner, fa le seguenti deduzioni: che le tossine, passando da madre a feto possono esser talvolta più dannose al corpo fetale che a quello materno.

Anche V. Ascoli, parlando della malaria congenita nel suo classico trattato, accenna brevemente al passaggio degli anticorpi da madre a feto, i quali provocherebbero « nell'organismo del feto reazione variabile, in rapporto alla individualità dei due esseri, alla natura e allo stadio della malattia infettiva ».

In forma esauriente venne trattato questo importante capitolo della patologia ultimamente anche da E. Scaglione, studiando egli a fondo fra altro anche la questione degli ambocettori batteriolitici e delle opsonine, prodotti di difesa biologica che sono riscontrabili nel siero fetale. Egli potè fra altro constatare, che in taluni rarissimi casi il siero fetale contiene ambocettori batteriolitici per certi germi mentre che nel sangue materno tali ambocettori batteriolitici mancano affatto. Non senza importanza mi pare anche il fatto, che Scaglione potè rilevare il comportamento dell'indice opsonico, il quale è basso nei primi mesi, ma aumenta nei mesi susseguenti per esser poi un po' più basso dell'indice opsonico materno o di esser uguale a questo o di superarlo talvolta. In questo connesso appare plausibile la supposizione fatta da Loewit (in base alle rispettive osservazioni di Rosenthal e Kleemann) di una produzione autoctona di sostanze immunitarie nell'organismo fetale.

III. — Dalla reazione che dà l'organismo materno in seguito al subire una malattia contagiosa dipende naturalmente anche la sorte del feto.

Così provocano le emorragie placentari che si osservano spesso nelle malattie infettive, come per esempio nel tifo addominale e nel vaiuolo, l'evacuazione più o meno violenta del cavo uterino, vale a dire l'espulsione del feto stesso.

Un'importanza non affatto trascurabile pare che abbia l'eventuale insorgere di una endometrite emorragica, osservata molto spesso nel decorso di malattie infettive acute (Massin).

Sarà bene a proposito di questo reperto anatomo-patologico di ricordare le osservazioni fatte recentemente da S. Weissenberg durante un'epidemia di febbre petecchiale e ricorrente, il quale autore nega precisamente la presenza di una endometrite emorragica in casi di malattie epidemiche.

Forse, — come sempre —, starà la verità fra mezzo di queste due tesi opposte, considerando che anche Weissenberg ammette con tutto ciò una tale complicazione, se anche solamente nel 5 % dei casi da lui osservati.

Alla reazione febbrile dell'organismo materno va congiunta una ipertermia del feto e la conseguente morte di questo. (Billon; Krönig-Voigt).

Luis Billon, parlando delle febbri eruttive, si esprime così: « Le grand facteur de gravité des fièvres éruptives chez une femme enceinte, est l'hyperthermie, et celle-ci est d'autant plus grave qu'elle s'installe plus brusquement ».

Io credo però che il comportamento, — vorrei chiamarlo « specifico » —, del siero fetale, studiato (come abbiamo visto) esaurientemente da Scaglione, ci dia anche benissimo una spiegazione abbastanza plausibile riguardo l'eventuale interruzione della gravidanza in caso di una malattia infettiva: aumentando le forze di difesa nel siero fetale e cioè verso la seconda metà della gravidanza il feto oppone al morbo trasmessogli oltre il filtro placentare una sua propria resistenza e difesa; probabilmente perciò si osservano nel caso di malattie infettive più interruzioni nella prima che nella seconda parte della gravidanza.

In conclusione si può dedurre dallo stato attuale degli studi sull'infezione transplacentare, che questa avviene realmente e cioè probabilmente in gran parte dei casi in seguito a lesioni placentari causate dai germi o dalle loro tossine, lesioni però che, — in quanto risulta da parecchie osservazioni finora fatte —, possono del resto anche mancare, supponendosi in tal caso trattarsi con grande probabilità dei cosidetti virus filtrabili.

In relazione con questi fatti stanno poi la trasmissione di sostanze immunitarie da madre a feto e la produzione autoctona di sostanze biochimiche difensive da parte del feto stesso, specialmente nella seconda metà della gravidanza. Con questo suo atteggiamento speciale l'organismo fetale ne dà a quello materno indubbiamente un indiretto aiuto, favorendo con ciò la continuazione della gravidanza senza la grave minaccia di una eventuale interruzione di essa.

PUBBLICAZIONI CONSULTATE.

1) ASCHNER B. *Die Blutdrüsenerkrankungen des Weibes.* Wiesbaden, 1918.
2) ASCOLI V. *La malaria.* Torino, 1915.
3) BILLON L. *La grossesse et l'accouchement hors l'hôpital,* II Ed. Paris, 1923.
4) BOCHÉNSKI K.-GRÖBEL M. *Casopis Lékaru Ceskych,* 1905, n. 42.
5) BOLLINGER O. *Sul vaiuolo umano ed animale, sull'origine del vaiuolo vaccino e sulla vaccinazione intrauterina* (Trad. Dott. TARI). Milano, 1884.
6) CALMETTE, VALTIS-LACOMME. Presse Méd., 1926, n. 90.
7) CAPALDI. Arch. d. Ostetr. e ginec., 1904, n. 8.
8) CAPPELLANI S. La Pediatria, 1919, n. 4.
9) COMBY J. *Traité des maladies de l'enfance,* VI éd. Paris, 1920.
10) DUBOIS M. Schweiz, med. Wochenschrift, 1920, n. 35.
11) DUFOUR H. THIER J. Revue prat. d'obstr., 1913.
12) FEHLING H. *Beiträge zur Physiologie des plazentarem Stoffwechsels.* Lipsia, 1877.
13) FERRI A. Il Policlinico, Sez. prat., 1922, n. 36.
14) FERRONI E. *Fisiopatologia della gravida.* Milano, 1914.
15) FRASCANI. Riv. Gen. Ital. di clinica med., 1892, n. 12-14.
16) HIDDEN F. Journ. des prat., 1921, n. 10.
17) HOFBAUER J. *Grundzüge einer Biologie der menschlichen Plazenta.* Vienna, 1905.
18) HOFBAUER J. Münsch. med. Wochenschrift, 1924, n. 4.
19) JANIZSEWSKI S. Ibid., 1893, n. 38.
20) JUNG PH. Therap. Monatsh., 1914, n. 2.
21) KÄCKELL R. Beiträge zur Klinik d. Tbz., 1922, vol. 51, n. 3.
22) KEHRER E. *Der plazentare Stoffaustausch.* Würzburg, 1907.
23) KOLLE W.-HETSCH H. *Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionkrankheiten,* vol. I. Berlino, 1919.
24) KRETSCHMANN H. *Ueber den intra-uterinen Uebergang von Antikörpern auf die Frucht.* Halle, 1912.
25) KRÖNIG-VOIGT. *Eulenburgs Real-Encyklopädie der gesamten Heilkunde,* vol. XIII. Berlino, 1913.
26) LATIS M. R. Rassegna di scienze mediche, 1891.
27) LEVADITI, HARVIER et NICOLAN. Société de Biologie. Seduta del 28 maggio 1921. (Gazette des Hôpitaux, 1921, n. 44).
28) LOEWIT M. *Infektion und Immunität.* Berlino, 1921.
29) LUBARSCH O. Virchow's Arch. Co., 1924.
30) LUSTIG A. *Malattie infettive dell'uomo e degli animali,* vol. I, Milano, 1913.
31) MASSIN W. N. Arch. f. Gynäch., vol. 40, 1891.
32) MAYER A. *Die Beziehungen der spt. Erkrankungen d. weibl. genital Apparates zur inneren Medizin.* (in: von FRANKE-HOCHWART, VON NOORDEN, v. STRÜMPELL: *Die Erkrankungen des weibl. Genitales in Beziehung zur inneren Medizin,* II vol.). Vienna, 1913.
33) NERKING A. *Ueber die Beziehungen der akuten Infektionkrankheiten zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.* Kiel, 1919.
34) OTTOW B. Zentralbl. f. Gyn., 1919, n. 12.
35) PERNICE-SCAGLIONI. Deutsche med. Wochenschrift, 1892, n. 34.
36) PETAK K. Casopis Lekaruv Ceskych, 1910, n. 20.
37) POLANO O. *Experim. Beiträge zur Biologie der Schwangerschaft.* Wurzburg, 1904.
38) RIBEMONT-BESSAIGNES e LEPAGE. *Traité d'obstétrique,* IX éd. Paris, 1923.
39) ROBOLSKI A. *Ueber den Ubergang fremdartiger Stoffe von der Mutter auf den Fötus.* Halle, 1884.
40) RÖMER P. H. *Weitere Studien zur Frage der intrauterinen und extrauterinen Antitoxinübertragung von der Mutter auf ihre Nachkommen,* Berlino, 1905.
41) RUNGE M. *Le malattie acute d'infezione in rapporto etiologico colla interruzione della gravidanza.* Trad. dott. SILVA BERNARDINO. Milano, 1883.
42) SCAGLIONE E. Folia Gynaec., vol. XIV, n. 4, 1921.
43) SCHMIDT P. Deutsche med. Wochenschrift, 1915, n. 31.
44) SCHULZE E. Ibid., 1921, n. 10.
45) VIGNER H. Physiologie obstétricale, Paris, 1923.
46) VILLA F. Ann. di Ostetr. e Ginec., 1890.
47) VOIGT L. *Ueber den Einfluss dei Pockenkrankheit auf Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und Fötus.* Lipsia, 1894.
48) WEISSENBERG S. Zentrabl. f. Gynak, 1923, n. 23.
49) WICHELS P. Klinische Wochenschrift, 1922, n. 28.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA CHIRURGICA.

I concetti moderni delle malattie degli organi addominali superiori.

(J. B. DEAVER. *Boston Med. Surg. Journ.*, n. 8, 1927).

Le idee riguardanti tali malattie sono state in questi ultimi anni notevolmente modificate ed è perciò interessante esaminarle.

1) *Fegato e vie biliari.* — Il fegato sopporta funzioni svariatissime, che vanno dalla cernita e l'elaborazione dei materiali che vi giungono per la vena porta, alle funzioni metaboliche di produzione del glicogeno, al metabolismo intermedio dell'azoto, all'elaborazione del fibrinogeno ed alla fabbricazione e secrezione della bile.

In rapporto a tutte queste funzioni numerose sono le possibilità di disfunzione; ma l'organo mostra una capacità notevole di resistenza alle tossine, e basta che ne sopravviva una terza parte perchè avvenga una rigenerazione rapida. Solamente alle azioni tossiche protratte, come avviene ad esempio nella cirrosi di Laënnec, si ha prima una iperplasia, poi una diminuzione di volume sempre più accentuata.

La bile è escreta continuamente nel sistema capillare e vi si ritrovano tre importanti gruppi di componenti: pigmenti, sali, e materiali grassi, tra i quali ha speciale importanza la colesterina.

I pigmenti biliari sono i prodotti del catabolì-

smo dell'emoglobina, ma non vi è ancora accordo sul punto ove avverrebbe il cambiamento dell'emoglobina in bilirubina, che è il più importante di tali pigmenti; non è cioè stabilito se ciò avvenga principalmente al difuori o entro il fegato.

Un reperto comune nelle malattie degli organi addominali superiori è l'ittero, di cui si hanno due varietà: quello a tipo emolitico, dovuto ad aumentata distruzione sanguigna, e quello da ritenzione, per ostruzione di un punto delle vie biliari. La distinzione di queste due varietà può spesso esser fatta per mezzo della prova di Van der Bergh.

Le cause dell'ostruzione possono essere rappresentate da una compressione esterna, per opera ad esempio di un tumore, o dalla presenza dei calcoli o dei cosidetti « trombi di bile », nelle vie escretorie.

La più comune forma morbosa è la calcolosi biliare e la colecistite consecutiva.

L'infezione ha la sua importanza nella genesi delle malattie della vescicola biliare, i cui sintomi possono apparire in un periodo più o meno lontano da una pregressa febbre tifoide, una dissenteria, o una infezione totale dei denti, delle tonsille, ecc. L'agente microbico è trasportato dalle vie sanguigne o linfatiche, e di regola lede prima gli strati profondi, poi la mucosa.

Un fattore predisponente è rappresentato anche dalla stasi nelle vie biliari, come accade ad esempio nell'obesità, gravidanza, costipazione, visceroptosi.

L'affezione biliare può provocare altri disturbi, come ad esempio la bradicardia, dovuta all'azione dei sali biliari sul vago.

L'intima connessione col pancreas fa sì che la pancreatite cronica sia spesso la conseguenza di una malattia delle vie biliari. Si è inoltre osservata la frequenza di tali malattie nei diabetici, tanto che Joslin raccomanda di curare attivamente la colecistite come misura profilattica contro il diabete.

Il diabete poi, se è accompagnato da colecistite, cede spesso rapidamente alla cura, qualora la colecistite sia eliminata, magari con l'operazione.

La patologia chirurgica della colecistite ha appurato che le prime alterazioni si trovano nella mucosa e nella sottomucosa, e che la persistenza dell'infezione è favorita dalle cripte profonde che esistono nella vescicola biliare. Nella colecistite cronica calcolosa è poi frequente l'ipertrofia muscolare e la presenza di diverticoli nei quali si formano calcoli e si annida l'infezione, con esito in una pericolecistite od anche in una perforazione.

Per quel che riguarda la sintomatologia della colelitiasi, i disturbi iniziali sono a carico dello stomaco, e ciò a causa delle affinità embriologiche che esistono tra questo e il fegato. I nervi gastrici avrebbero poi una soglia di resistenza verso il dolore più bassa di quelli delle vie biliari.

L'operazione precoce con asportazione della vescicola malata diminuisce il numero delle cirrosi biliari secondarie, così spesso riscontrate dal chirurgo allorquando invece l'operazione è tardiva.

2) *Stomaco e duodeno.* — La proporzione delle ulceri duodenali rispetto a quelle gastriche varia da 2 a 1 e da 4 a 1. L'ulcera gastrica è però più pericolosa, si sviluppa più rapidamente, e spesso precede il carcinoma. Essa predilige alcuni segmenti dello stomaco, ad esempio la piccola curvatura vicino al piloro, forse per cause anatomiche. Il 95 % delle ulceri gastriche infatti si sviluppa in uno spazio libero della piccola curvatura, descritto da Retzius, il quale forma una specie di solco allorquando le fibre oblique si contraggono. Sperimentalmente le ulceri del fondo tendono rapidamente alla fibrificazione, mentre quelle lungo la piccola curvatura formano molto spesso delle ulceri peptiche.

Un punto di partenza può essere rappresentato da una piccola erosione traumatica della mucosa.

Sembrerebbe che esistesse un rapporto tra ulcera e infezione focale, e Rosenow ha isolato 37 differenti ceppi di streptococchi da differenti ulceri.

È più frequente nei maschi e tra i 25 e i 40 anni di età.

Il dolore è all'epigastrio e a tipo periodico, con una certa relazione coi pasti e con remissioni anche di lunga durata. La periodicità è maggiore nell'ulcera duodenale. Il dolore non è però costante e talora la malattia non è svelata che dall'emorragia o dalla perforazione. L'ingestione di cibo calma il dolore dell'ulcera duodenale, mentre provoca quello dell'ulcera gastrica. L'insorgenza del dolore è tanto più ritardata per quanto maggiore è la distanza dell'ulcera dal cardias.

L'intensità e la qualità del dolore sono assai variabili; se è percepito al dorso si può pensare a compartecipazione del pancreas; la sua insorgenza corrisponde al massimo della secrezione acida.

Il deperimento depone tanto per l'ulcera che pel cancro. Radiologicamente il segno più sicuro è rappresentato dalla dimostrazione delle nicchie, dette anche « tasche accessorie », mentre i fatti di atonia, di peristalsi irregolare, fissazione, ecc., non sono patognomonici. Il chirurgo non deve perciò affidare la diagnosi unicamente a questo

mezzo di ricerca, ma curarsi sopratutto della anamnesi e della ricerca dei segni clinici.

Appena posta diagnosi di ulcera si deve senza altro procedere all'operazione con uno dei metodi ritenuti più adatti. Nessuno di questi assicura però dalla riproduzione di nuova ulcera a scadenza più o meno lunga.

3) *Pancreas*. — Questa ghiandola possiede una secrezione esterna importante per la digestione, e una interna per il metabolismo degli zuccheri. La secrezione esterna può essere impedita in tutto o in parte per occlusione calcolosa o neoplastica dell'ampolla di Vater. Nell'ostruzione incompleta si può avere un reflusso di bile fino alla testa del pancreas, con formazione di una pancreatite cronica, la quale decorre con deperimento progressivo del paziente, anoressia, e disturbi gravi della digestione dei grassi.

La pancreatite acuta invece insorge con quadro improvviso, allarmante, addominale, e richiede il pronto intervento chirurgico, onde impedire la digestione dei tessuti per opera dei fermenti liberatisi dalla ghiandola.

Nella pancreatite cronica pure è indicato l'atto operatorio, consistente nel drenaggio chirurgico.

4) *Milza*. — Quest'organo ha la sua massima importanza nel periodo di sviluppo embrionale, formando le emazie, la quale funzione viene poi assunta dal midollo osseo. In casi patologici la milza riacquista questa funzione emopoietica.

Nell'ittero emolitico la distruzione degli eritrociti si compie nella milza con rapidità troppo grande, e si produce un'anemia secondaria. La splenectomia è perciò qui indicata.

La milza rappresenta poi un serbatoio che rifornisce di sangue l'organismo al momento del bisogno; essa produce anche anticorpi, ed ha parte nel metabolismo della colesterina e degli acidi grassi non saturati, contribuendo così alla resistenza verso le infezioni.

La splenectomia è indicata nella malattia di Banti, nella porpora emorragica, nell'ittero emolitico, in alcuni casi di cirrosi epatica splenomegalica, talora nell'anemia perniciosa, nella milza mobile, nelle cisti e nei tumori.

Dopo l'operazione possono entrare in iperfunzione le eventuali milze accessorie, ed anche lo stesso tessuto splenico può rigenerarsi dopo qualche tempo.

M. FABERI.

La sintomatologia e la cura della pancreatite acuta.

(H. BAILEY. *British Medical Journal*, 26 febb. 1927)

La pancreatite acuta è una delle più gravi affezioni addominali.

Tra le caratteristiche che la distinguono dai processi morbosi acuti degli altri organi addominali vanno notate alcune circostanze di fatto: 1) essa colpisce abitualmente gli individui grassi; sembra che l'obesità predisponga alla malattia; 2) essa è spiccatamente recidivante, nel senso che gli individui che ne sono colpiti una volta possono successivamente avere altri attacchi.

Un altro fatto che aiuta nella diagnosi differenziale è la quasi costante e completa mancanza di rigidità della parete addominale.

La cianosi è un sintoma delle forme acutissime della malattia: è specialmente localizzata alla regione cervico-facciale. Essa è indubbiamente dovuta alla profonda tossiemia, determinata dall'assorbimento di proteine, in ispecie d'istamine, prodotte dall'autodigestione dei tessuti in conseguenza del versamento in circolo dei fermenti pancreatici. Quanto più intensa è la cianosi e quindi la tossiemia, tanto più grave la malattia: essa è un sintoma di prognosi letale.

Il dolore nella pancreatite acuta è di un'estrema intensità: è ancora più forte del dolore che accompagna la perforazione dell'ulcera duodenale o gastrica. È localizzato all'epigastrio con diffusione al dorso.

La prova della reazione midriatica ha la maggiore importanza clinica ed un grave significato prognostico. Questa prova fu suggerita da Loewi di Vienna ed è appunto designata come segno di Loewi. Si pratica in questo modo: si esaminano dapprima le pupille; poi s'instilla nel sacco congiuntivale di un occhio quattro goccie di una soluzione fresca di adrenalina al millesimo; dopo cinque minuti se ne instillano altre quattro goccie e si esaminano le pupille dopo una mezz'ora. Negli individui sani l'adrenalina non produce alcun effetto, nei sofferenti di pancreatite acuta si ha quasi sempre midriasi. La dilatazione della pupilla non di rado è eccentrica e spesso di forma ovale. Non si conosce precisamente il vero meccanismo di produzione di questo notevole fenomeno: forse il pancreas infiammato e ingrossato irrita il plesso solare, così tutto il sistema nervoso autonomo è reso sensibilissimo e l'adrenalina eccita il simpatico oculare.

I sintomi su accennati sono i più caratteristici e quindi i più importanti per la diagnosi differenziale. Ma vi sono altri dati semeiologici che pure debbono essere presi in considerazione.

Raramente si riesce a palpare il pancreas ingrossato, specie perchè la malattia si verifica per lo più in individui affetti da obesità e questa non consente un'utile esplorazione dell'addome.

Il segno di Grey Turner è costituito da uno scoloramento della pelle, che di solito si ha ai lombi. Questo segno si produce solo due o tre giorni dopo l'inizio della malattia. Il fenomeno

sembra dovuto all'azione diretta del succo pancreatico che attraverso il tessuto retroperitoneale passa direttamente alla superficie.

L'indice diastasico dell'urina è aumentato: dalle 15 unità normali si passa alle 150 e più. Questo sintomo però non è patognomonico e del resto richiede molto tempo, per cui è di scarsa utilità diagnostica.

Lo stesso inconveniente ha la ricerca dell'indice lipasico delle urine.

Nella pancreatite si ha una lieve glicosuria, che ha però uno scarso significato diagnostico, a meno che non si fosse sicuri che non preesisteva alla malattia.

Una volta stabilita la diagnosi di pancreatite acuta non resta che procedere all'intervento. Ogni trattamento medico si risolve in una semplice attesa che non fa che differire l'operazione. La laparotomia è indispensabile e tutto deve essere indirizzato a ridurre i pericoli di shock; a tale scopo conviene fin dal principio della narcosi somministrare ossigeno in larga quantità. L'incisione mediana è preferibile perchè consente di aprire e chiudere l'addome rapidamente. Il pancreas è raggiunto incidendo il peritoneo tra lo stomaco ed il colon trasverso. Nei rari casi nei quali c'è notevole ptosi dello stomaco si può giungere al pancreas attraverso l'omento gastroepatico. Non è conveniente aggredire l'organo attraverso il mesocolon transverso perchè il drenaggio successivo è difficile e quasi certa l'infezione di tutta la cavità peritoneale.

Mikulicz introdusse l'incisione del pancreas, ma con questo procedimento la mortalità è molto alta. Moynihan consiglia di rispettare quanto più è possibile il peritoneo che ricopre il pancreas incidendolo solo, ma dato il suo stato di infiammazione ciò è molto difficile. Barker suggerisce di praticare un'incisione al disotto della dodicesima costola di sinistra quando la laparotomia ha confermato la diagnosi, introdurre un dito nella breccia e raggiungere attraverso il grasso extraperitoneale la testa del pancreas manovrando con l'altra mano nell'addome. Questo metodo è il migliore nei casi nei quali c'è tendenza alla formazione di ascesso e nei quali il processo infiammatorio è principalmente retroperitoneale.

Nel 50 % dei casi di pancreatite operati si riscontra calcolosi biliare. Probabilmente la colecistite è intimamente connessa con la pancreatite ed in conseguenza, se le condizioni del paziente lo permettono, deve essere esaminata la cistifellea. Occorrendo si praticherà la colecistectomia o meglio la colecistotomia.

Archibald ritenendo che la pancreatite acuta è dovuta allo spasmo dello sfintere di Oddi che circonda l'ampolla di Vater, pratica l'apertura del duodeno e l'incisione di detto sfintere. Questo procedimento ha destato molto entusiasmo in America.

Recentemente è stata consigliata l'appendicostomia allo scopo di introdurre rapidamente gran quantità di soluzione salina per evitare il collasso.

Il succo pancreatico che fuoriesce in seguito all'operazione tende a digerire la parete addominale ed i punti di sutura. Per proteggere la pelle si può applicare sulla ferita operatoria e le parti vicine una pomata contenente il 2 % di acido cloridrico che paralizza l'enzima pancreatico.

Tra il secondo ed il nono giorno dall'operazione sul pancreas si può determinare la così detta astenia pancreatica consistente in uno stato di debolezza molto analogo a quello che si ha nel morbo di Addison: l'espressione è atonica e inespressiva come quella di una maschera, la voce rauca, i muscoli rilasciati e si ha tendenza alla salivazione. Il solo trattamento efficace è la transfusione di sangue.

DR.

CARDIOLOGIA.

La tosse cardiaca e la forma pertussoide della insufficenza cardiaca.

(C. LIAN e GILBERT-DREYFUS. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 3 marzo 1927).

La tosse si presenta talora come il primo sintoma di insufficienza cardiaca e può quindi assumere importanza notevole.

Accanto alle forme classiche della tosse cardiaca (sindrome mediastinica, riflesso a punto di partenza endoaortico od endocarditico, manifestazioni bronco-polmonari delle affezioni vascolari) si ha assai spesso la tosse come sintoma precoce, iniziale, univoco dell'insufficienza cardiaca. Essa ha lo stesso significato della dispnea, le palpitazioni ed i dolori anginosi e si produce sotto le stesse influenze, il decubito e lo sforzo. La tosse può essere esclusivamente notturna, mattutina oppure non comparire che con lo sforzo. Queste differenti modalità possono associarsi; poca o punta espettorazione; esame polmonare negativo.

Nella metà dei casi, si tratta di cardiaci giovani, con una cardiopatia valvolare, il più spesso

mitrale, talora aortica. L'altra metà comprende individui che hanno oltrepassata la cinquantina e che hanno, spesso, ipertensione arteriosa.

La tosse cardiaca è accompagnata spesso da altri disturbi discreti, attenuati, quali: dispnea, palpitazioni, dolori, rumore di galoppo, disturbi del ritmo. Essa risulta da un ingombro vascolare dell'apparato respiratorio, ancora troppo poco pronunciato per dar luogo a fenomeni steto acustici.

Nella diagnosi, si dovranno eliminare: la bronchite, la tubercolosi polmonare ed anche la pertosse.

Se la tosse resiste ad una medicazione cardiaca energica, si ha un elemento peggiorativo della prognosi.

Gli AA. consigliano un trattamento cardiodinamico, ricorrendo di preferenza alla digitale per bocca.

La tosse di origine endocarditica e quella di origine endoaortica, secondo gli AA. non esistono e debbono essere incluse nell'insufficienza cardiaca.

fil.

Studio radiologico del cuore degli obesi.

(E. BORDET. *La médecine*, 1927, n. 4).

Quando si fa la radioscopia negli obesi, si ottiene sempre un ingrandimento delle dimensioni del cuore, dovuto all'allontanamento dell'organo relativamente allo schermo, in causa dello sviluppo dell'addome. Non si deve quindi tener conto che del tracciato ortodiagrafico, preso durante l'inspirazione profonda, in modo che fuoriesca la punta del cuore. Questo presenta una forma triangolare a larga base diaframmatica, che dà un'immagine di cuore trasversale con diametro orizzontale esagerato. Si concluderebbe dunque a torto per un aumento del ventricolo destro. Invece si tratta di uno spostamento assiale dell'organo, dovuto alla brevità ed all'allargamento del torace. I depositi di grasso negli angoli cardio-diaframmatici destro e sinistro mascherano in parte il profilo del cuore.

Secondo l'A. si devono distinguere gli obesi costituzionali in cui un miocardio leggermente ipertrofizzato corrisponde ad un aumento della muscolatura generale ed è fisiologico dai grandi mangiatori, in cui il cuore simula l'ipertrofia in conseguenza del suo spostamento assiale, una cura di dimagrimento è sufficiente per ridargli l'aspetto normale.

fil.

Effetti del parto sul cuore.

(A. LEYLAND ROBINSON. *Lancet*, 22 gennaio 1927).

Da un accurato studio dell'A. risulta che la gravidanza e il travaglio assorbono una gran parte della forza di riserva del cuore: quando questa forza di riserva è già più o meno diminuita da una cardiopatia organica può facilmente manifestarsi lo scompenso.

In una scompensata il travaglio può portare la morte immediata, o per lo meno affretta l'esito fatale.

L'A. conclude che, quando la forza di riserva del cuore è diminuita notevolmente bisogna evitare la gravidanza: se la concezione ha luogo, si deve interrompere la gravidanza prima dell'inizio dello scompenso.

Durante uno scompenso non si deve provocare il travaglio; quando il compenso si è ristabilito si terminerà artificialmente la gravidanza, preferibilmente con la cesarea, se la gravidanza è avanzata.

DORIA.

STORIA DELLA MEDICINA

Igiene e assistenza sociale dei lavoratori negli ordinamenti Medio-evali della Repubblica Veneta.

Prof. SALVATORE DIEZ.

Le norme legislative che mirano alla tutela della vita e della salute dei lavoratori sono generalmente ritenute frutto della civiltà e del progresso, una conquista, quasi, sociale ed umanitaria, dei tempi moderni che videro nell'operaio una vita da salvaguardare dalle insidie dell'ambiente e delle materie di lavoro.

Le ricerche fatte da molti studiosi sulle istituzioni, sugli ordinamenti, sui costumi della Repubblica Veneta dimostrano che sin dal Medioevo erano in vigore nella « Serenissima » norme precise di igiene del lavoro, fatte scrupolosamente osservare, e tali da rispondere ai concetti che modernamente ci guidano nella materia.

Nella stessa epoca sorsero e cominciarono a prosperare a Venezia le prime istituzioni di assistenza medico sociale a favore dei lavoratori malati ed invalidi, dei loro orfani e delle vedove.

Le norme igieniche erano applicate, e le opere di assistenza si svolgevano, attraverso gli organismi nei quali si erano legalmente, e in certi casi anche obbligatoriamente, inscritti i lavoratori dei diversi mestieri.

Erano queste le famose *consorterie delle arti*, delle quali è tramandato a noi il ricordo non solo attraverso i documenti raccolti negli archivi, ma anche a mezzo di meravigliose opere d'arte, testimoni ancor vivi ed ammirati dei loro usi e della loro prosperità.

Le consorterie delle arti, com'è dimostrato dagli studi del Monticolo, del Tamassia, del Solmi, del Molmenti e di altri, ebbero origine dalle istituzioni religiose conosciute sotto il nome di *scholae* che altro non erano se non raggruppamenti d'individui, per lo più appartenenti ad un dato mestiere, per pratiche collettive di culto. Queste congregazioni (*frataleae, confratriae*) perdurarono con queste finalità per molti secoli in Italia, e ancora esistono in alcune regioni, come la Sardegna, ove i così detti *gremi* si possono ammirare (e costituiscono un nostalgico ricordo per chi li vide nella sua infanzia!) nei loro pittoreschi e caratteristici costumi spagnoli nelle processioni che si svolgono in alcune solennità religiose.

A Venezia, però, le *scholae* si differenziarono e trasformarono nella metà del secolo XIII. Accanto alle confraternite o scuole di devozione, con scopi puramente religiosi, non più limitate agli esercenti i singoli mestieri, ma estese a tutte le categorie di cittadini, sorsero le corporazioni di mestieri nelle quali, se perdurò lo spirito religioso originario che fece sì che si riunissero nelle chiese e continuassero nelle pratiche del culto, prevalsero a poco a poco le finalità a carattere economico e sociale.

Le *scholae* così fatte ripetono la loro origine da Roma, ove fin dai tempi di Numa si avevano le corporazioni di mestiere, rimaste in vita durante il decadimento politico, e sviluppatesi maggiormente nel medio-evo. Nella origine *scholae* erano le case dove convenivano genti che attendevano a eguali negozi; *scholares* erano i partecipanti alle corporazioni.

Come dopo il Cristianesimo ebbero a patroni i santi, così nell'epoca romana tutte le scuole erano sotto la tutela degli uomini che appartenevano alla nobiltà più cospicua di Roma che loro facevano da patroni e da avvocati, ed avevano divinità proprie.

Queste corporazioni, che dalla professione che esercitavano i loro adetti erano chiamate anche *artes*, avevano i loro statuti (pacta). Un *prior* detto anche *primicerius* era a capo dell'associazione e rappresentava la maestranza nei rapporti con lo Stato cui pagavasi un tributo. Già fin dai tempi antichi il sodalizio dispensava sovvenzioni, soccorreva i propri soci infermi e poveri, dava sepoltura ai defunti, sosteneva le spese dei banchetti festivi.

Come nei tempi antichi di Roma, nel seno delle *scholae* venete si svolse la vita sociale degli artigiani, si svilupparono tecnicamente i diversi mestieri, si costituirono e rafforzarono prerogative e privilegi.

A differenza di Roma repubblicana, i reggitori veneti con fine intuito, memori forse del nefasto influsso che le masse corporative, manovrate da quel gran corruttore che fu Clodio, ebbero nelle elezioni dei magistrati e nelle vicende dello Stato ai tempi di Cesare, vollero le corporazioni estranee alla vita politica del paese, nel timore che la loro coalizione non servisse di strumento per trasformare in autocratico il governo aristocratico, o non tendesse a qualche trasformazione democratica.

Sotto la vigilanza del Governo, adunque, alle corporazioni era permessa, regolata dalle *mariegole*, ogni forma di attività nell'ambito economico e sociale; attraverso di esse erano imposte e fatte osservare anche quelle norme che la sapienza dei magistrati dettava per la tutela della salute pubblica e di quella dei lavoratori.

Ricorderò le disposizioni che più interessano l'igiene sociale.

Talune industrie, moleste nel loro esercizio ai vicini e dannose all'igiene, furono allontanate dal

centro abitato. Da questa prescrizione ebbero origine quei raggruppamenti di industrie in alcune località che ancor oggi sono caratteristici di Venezia. A Murano furono, infatti, relegati i *fiolari* (vetrai); alla Giudecca i conciatori di pelli, a Torcello i lanieri; si può dire anzi che a Torcello ogni casa fosse un laboratorio per la lavorazione della lana, essendo il Podestà obbligato a dare l'abitazione a questi operai.

Fu permessa tuttavia anche nell'ambito della città l'esistenza di piccole fornaci per la lavorazione di piccoli vetri (veriselli) purchè esse fossero distanti dalle case almeno 5 passi per lato.

Per non turbare la quiete del vicinato era proibito battere il cotone e cardare la lana di notte.

Quale rimpianto destano nei moderni cittadini, nevrastenizzati dai numerosi motori di ogni genere, così impudentemente abusati, e non meno inertemente tollerati nelle nostre città, queste saggie disposizioni!

In alcune arti, come in quelle dei cristallai, era rigorosamente proibito accogliere fanciulli minori di 8 anni: *puellae vel pueri non audeant laborare ad smeriglium, nec a colore ad plumbeum* (Vedi mariegola esistente nell'archivio di Stato di Venezia, riportata dal Monticolo e dal Molmenti).

Erano pure rigorosamente proibiti ai fanciulli i mestieri nocivi ed i lavori faticosi.

Era vietato il lavoro notturno, era imposto, e non per semplici finalità religiose, il riposo festivo. Solo ai vetrai, e si capisce la ragione, era permesso di tenere i fuochi accesi di giorno e di notte, purchè fossero rispettati i turni di lavoro. Il lavoro delle fornaci era però permesso per soli 7 mesi dell'anno, da gennaio ad agosto. Negli altri mesi i vetrai si trasformavano in rivenditori e si spargevano con la loro merce nei diversi paesi. All'utile economico così, si associava un saggio provvedimento igienico: alternare il faticoso lavoro presso le fornaci, con una vita di movimento all'aria libera.

Nei mercati del pesce, che si tenevano a S. Marco ed a Rialto, erano proposti speciali vigili per il sequestro e la distruzione del pesce guasto.

Anche nel campo della profilassi delle malattie infettive non mancarono nella repubblica veneta adeguati provvedimenti. Fin dal 1182, infatti, furono fondati ospizi per ricoverare i lebbrosi. Nella pestilenza del 1347 furono eletti tre nobili col titolo di savi o di provveditori sopra la salute della terra, incaricati di adottare i mezzi più efficaci per combattere il contagio. Ai tre provveditori furono aggiunti nel 1468 due popolani per sestiere; pochi anni dopo fu istituito il magistrato della Sanità.

Data dal 1423, secondo il Molmenti, l'ospizio di S. Maria di Nazareth per il ricovero delle persone affette da malattie contagiose. Alle spese del suo funzionamento si provvedeva con le rendite del sale. Quello di Nazareth fu il primo istituto del genere fondato in Europa, tanto che si ritiene, dalla maggior parte degli studiosi, che da esso abbiano preso nome tutti gli altri ospedali del genere sorti in Italia e fuori: da Nazareth si ebbe Nazaretum poi volgarizzato in Lazzaretto.

Tutto ciò nel campo igienico. Non meno importante era l'opera di assistenza e previdenza sociale che si svolgeva attraverso le corporazioni. Queste, man mano che prosperarono in ricchezza, non solo esplicarono la loro opulenta attività nell'erigere per loro sede monumenti insigni per architettura, ed arricchiti di mirabili opere di pittura e di scultura che immortalarono Carpaccio e Sansovino, ma edificarono anche istituti ospitalieri e di beneficenza.

Fin dal 1271, infatti, le consorterie delle arti ebbero cura di devolvere parte delle rendite a favore dei soci poveri ed infermi, istituendo a tale scopo ospedali, e provvidero ad alleviare le miserie delle vedove e degli orfani assegnando loro adeguate pensioni. Si deve alla confraternita di S. Giovanni Evangelista la ricostruzione fatta nel 1354, dell'antico ospedale dei Madoer.

Possiamo quindi dire che si devono alle corporazioni d'arte le prime forme assistenziali a favore dei lavoratori malati ed invalidi e delle loro famiglie che si tramandarono poi fino a noi attraverso le Società di Mutuo Soccorso, ancor oggi per lo più costituite fra maestranze di una data categoria.

Sotto certi aspetti possiamo dire anche che le corporazioni delle arti di Venezia, come altre in molte parti d'Italia, svolsero quella forma di attività che si chiama selezione professionale.

Senza laboratori di fisiologia e di psicologia, l'osservazione sola dei più esperti era il mezzo orientatore e selezionatore usato. Il giovane apprendista era accettato come garzone a 12 anni in una bottega diretta da un maestro autorizzato; in tale qualità, retribuito soltanto col vitto, prestava la sua opera per un periodo da 5 a 7 anni; era promosso poi al grado di lavorante, nella quale posizione rimaneva per altri 2, 3 anni. Dopo questo periodo soltanto, e dopo aver superato un esame, il lavorante era ricevuto maestro, ed acquistava il diritto di aprire bottega. Di molti mestieri era vietato l'esercizio a chi non si era sottoposto a questo tirocinio e a queste prove.

A questo modo la repubblica veneta si assicurò e tramandò quelle maestranze capaci, fiere della propria arte, e gelose del primato dei propri prodotti, che resero per tanti secoli famose nei mercati, ed imbattibili, le industrie prosperanti nella laguna.

La fama di esse, glorificata dal Poeta, è ancor oggi l'orgoglio di Venezia!

Roma, gennaio 1927.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

A. C. GUILLAUME. *Les radiations lumineuses en physiologie et thérapeutique.* Masson, éd., 516 pagine, 17 figure, 40 franchi.

La terapia delle radiazioni luminose è uno dei problemi di cui più si occupano oggi i ricercatori: mentre, nelle altre lingue (specie la tedesca) esistono lavori numerosi consacrati a questi problemi il libro di Guillaume è forse il 1° lavoro in francese che si occupi dell'argomento non limitandosi alle sole irradiazioni ultraviolette ma prendendo in esame tutte le radiazioni dall'ultra rosso all'ultravioletto. Dopo un primo capitolo in cui l'A. parla della luce e delle varie radiazioni dal punto di vista fisico nei rapporti della loro capacità di penetrazione e di assorbimento, sono passate in rassegna in un secondo capitolo tutte le varie specie di sorgenti artificiali di luce impiegate nella pratica e a mezzo di schemi sono riportati i vari spettri che le varie sorgenti danno.

Nel terzo e nel IV capitolo l'A. tratta dei diversi modi di azione delle radiazioni luminose e delle varie alterazioni tegumentarie che essi producono e del modo con cui i tegumenti si difendono.

Le differenze e l'antagonismo di azione delle radiazioni ultrarosse e ultraviolette, gli effetti locali lontani delle radiazioni, gli effetti profondi di esse, il meccanismo fisico e biologico della fotosensibilizzazione e dei fenomeni di fluorescenza sono tutti argomenti che occupano dal V all'XI capitolo in cui sono esposte tutte le teorie sul meccanismo di azione delle radiazioni. L'utilizzazione terapeutica delle radiazioni nelle varie malattie, il modo di dosaggio ecc., è l'argomento che occupa l'ultimo capitolo il quale se apparentemente è breve e quasi sproporzionato a tutta la parte fisiologica esposta è tuttavia completo e aggiornato.

Il libro dell'A. sarà utile non solo allo specialista ma anche ai fisiologi e al clinico ed è un libro veramente interessante e completo.

L. SFORZA.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

JEAN RACHET. *La gastroscopia.* G. Doin, Paris 1926.

L'A. fa dapprima la storia della gastroscopia e dei vari apparecchi che furono usati a questo scopo, concludendo che quelli a tubo rigido costruiti sui principi di Schyndler sono i migliori. In Francia Bensaude ne ha fatto costruire un tipo proprio che è pure usato dall'A. Dapprima l'A. fa inghiottire una pallina legata ad un filo che deve servire da conduttore, poi introduce l'apparecchio. La migliore posizione da darsi al malato per l'introduzione è di metterlo appoggiato sulle ginocchia e i gomiti. Dopo introdotto l'apparecchio sarebbe consigliabile di porre l'ammalato in decubito supino e in iperestensione del tronco, similmente alla posizione per le operazioni sul fegato.

Con la gastroscopia si vede distintamente il piloro, la piccola curvatura e l'antro, mentre gran parte della grande curvatura e della porzione cardiale sfuggono alla visione.

L'A. riporta i risultati di gastroscopie eseguite su 12 pazienti, risultati che chiariscono spesso diagnosi dubbie di affezioni gastriche iniziali o silenziose. Comunque anche l'A. ammette che è un esame non senza pericoli e di grave disagio per i malati (alcuni autori ricorrono alla narcosi per eseguirlo) che deve essere riservato solo ai casi nei quali riuscirono vane le ricerche eseguite con i metodi usuali.

V. GHIRON.

HIRSCH HOLZKNECHT. *Physikalisch technische Grundlagen der Roentgentherapie.* Springer, ed., pag. 223, 131 figure. Reichsmark 15.

Sembrerà strano — così avverte Holzknecht nella sua prefazione — che si sia fatta la traduzione in tedesco di un libro americano quando nella letteratura tedesca non mancano libri di radioterapia, sia dal punto di vista tecnico sia dal punto di vista clinico.

Ma sta di fatto che il libro che Holzknecht ha voluto tradurre aggiungendovi le sue tabelle di dosaggio e lasciandovi tutte le figure e gli schemi originali è un libro completo che abbraccia in una sintesi proporzionata tutta la parte tecnica terapeutica.

Il libro è diviso in tre parti: nella prima parte sono descritti e trattati gli apparecchi e i tubi, nella seconda le misure dei raggi X di qualità e quantità: nella terza parte si tratta del dosaggio fisico. Holzknecht ha aggiunto le sue tavole di dosaggio già note attraverso le sue pubblicazioni in modo che il libro appare per il radiologo veramente completo e interessante con una giusta proporzione nella parte tecnica della parte puramente fisica a base di formule.

MILANI.

MEDICINA SOCIALE.

Per un'azione sistematica contro la malaria infantile.

T. ROSSI-DORIA.

Coll'esame dei dati statistici sulle cause di morte si rileva che la malaria è una delle cause di morte che colpiscono più facilmente i bambini.

Circa la metà delle morti per *malaria e cachessia malarica* si verificano tra 0 e 10 anni, come risulta dalla seguente tabella che riporta le cifre dal 1912 al 1924.

L'altra metà delle morti per malaria si ha tra 10 e 90 anni, cioè in un periodo otto volte maggiore.

Morti fino a 10 anni d'età per malaria (cifre proporzionali a 100 morti per malaria).

Anni	Da 0 ad 1 anno	Da 1 a 5 anni	Da 5 a 10 anni
1912	16.5	30.5	9.5
1913	15.8	29.9	10.2
1914	14.1	30.3	9.6
1915	15.3	30.5	10.7
1916	13.6	28.7	12.2
1917	9.7	25.5	12.5
1918	5.4	18.9	10.3
1919	5.8	14.1	7.8
1920	12.4	16.3	9.4
1921	14.1	23.1	9.1
1922	14.8	23.3	7.7
1923	15.1	27.2	7.1
1924	16.5	27.4	6.7
1912-24	13.03	25.05	9.45

Come la malaria infantile sia da ritenersi assai più frequente di quello che la statistica rivela.

Le cifre di mortalità infantile per malaria sono quelle dei casi dichiarati tali dai certificati di morte.

Ma una grande quantità di bambini tra 0 e dieci anni di età sono certamente compresi in altre categorie (anemia e leucemia — malattie dello stomaco, atrepsia — diarrea, enterite, ecc. — bronchite, pulmonite, bronco-pulmonite e sopratutto eclampsia infantile) perchè l'infezione malarica induce nei piccoli bambini un tale deperimento organico, una così grave predisposizione ad altre malattie che moltissimi di essi soccombono a queste malattie ed alla infezione malarica spesso larvata, che è la vera causa o almeno la causa principale della morte, senza esser compresi nelle statistiche tra i morti per malaria.

Un altro fatto di grande importanza che agisce nello stesso senso è quello segnalato dal prof. Ilvento nel suo libro: « *Igiene e malattie dello scolaro* » (pag. 277) che cioè « nei fanciulli è frequente la malaria con poca o punta splenomegalia », tanto che « l'esame sistematico del sangue degli scolari fatto nella zona malarica di Paludello, sul basso Piave, condusse Schiassi e Martinelli a trovare che tra i fanciulli portatori di parassiti nel sangue *circa un terzo non avevano mai avuti nè ebbero sintomi clinici di malaria* ». Mancando i sintomi clinici della malaria, è chiaro che in caso di morte di tali fanciulli per malattie complicanti o seguenti un'infezione malarica disconosciuta, non possono figurare tra i morti per malaria, mentre meriterebbero, per una quota parte, di figurarvi.

Le difficoltà diagnostiche rilevate nell'età scolastica sono molto più gravi nella prima infanzia, e più gravi ancora nei lattanti, che secondo alcuni sarebbero raramente infettabili, mentre è invece vero il contrario. I bambini del primo anno di vita sono più vulnerabili degli altri. Presentano però forme larvate, atipiche di malaria, hanno accessi febbrili brevissimi, spesso notturni, con brivido poco accentuato o sostituito da un semplice raffreddamento e da lieve cianosi delle estremità oppure mancano — negli stati cronici — di qualsiasi manifestazione febbrile apprezzabile e passano quindi inosservati.

Frattanto il bambino deperisce sempre più, diventa magro, pallido, terreo, piange con insistenza lamentosa, ha sete, vuol star sempre alla mammella e così appaiono disturbi digestivi più o meno gravi, specialmente nella stagione estiva, che, passando in prima linea, determinano essi la diagnosi. Se il bambino muore, il certificato di morte nasconde la causa malarica sotto un'altra causa di morte che non è la vera e, ad ogni modo, non è la sola nè la principale.

Esistono poi vere *forme malariche digestive*, che il prof. Alfaro, presidente del Dipartimento Nazionale d'Igiene della Repubblica Argentina, in una sua comunicazione al III Congresso Argentino di Medicina (1), considera come le più frequenti tra le forme atipiche di malaria infantile, caratterizzate da « vomiti e diarrea, da disturbi intestinali persistenti, frequentemente in forma di enterite e enterocolite, da splenomegalia molto più accentuata e rapida che nell'adulto, da con-

(1) Pubblicata nella Rivista « Malariologia » del prof. CACACE, sezione IV del « Rinnovamento Medico » 15 aprile 1927.

vulsioni che, non solo, talvolta, sostituiscono il brivido nell'inizio degli accessi, ma anche, in alcuni casi, si associano a tremori, contratture, segno di Kernig, sopore ed anche coma e simulano una meningite (forma meningea) ». Nè sono rare le manifestazioni *pulmonari*, le *ematurie* e le *albuminurie*, l'*emoglobinuria* e qualche volta vere *glomerulo-nefriti*.

È evidente che questo quadro (reso anche più ricco dalle *forme ipotermiche*, studiate da Guttmann e Porak in Francia e dal Macciotta in Italia, da qualche caso di *peritonite malarica* (De Biase), di *ascite malarica* (Valencia Negro), dalle *forme perniciose*, coleriformi, dissenterica ed algida, che nei bambini sono relativamente frequenti, da casi di *uremia* per grave lesione epatica e per insufficienza renale acuta (Pittaluga) e da qualche altra manifestazione atipica di paludismo) è naturale, diciamo, che questo quadro morboso polimorfo possa facilmente indurre — quando sia sfuggita la vera causa del male — alla diagnosi delle più svariate malattie, con conseguente assegnazione di un gran numero di casi di morte per malaria infantile a cause non malariche.

Per tutte queste considerazioni noi riteniamo che nelle zone malariche — tanto estese in Italia da rappresentare più di 1/3 del territorio nazionale e circa 1/9 della popolazione italiana (vedi tabella dell'Ilvento a pag. 279 del volume citato) —, *una sistematica ricerca della malaria nei bambini farebbe riconoscere un numero di bambini malarici assai superiore a quello che le statistiche rivelano o fanno solamente sospettare.*

Come questa insospettata gravità della malaria infantile agisca a detrimento della razza.

Questa ricerca sistematica è tanto più desiderabile in quanto si è reso necessario stabilire quale sia la proporzione dei malarici d'età inferiore ai 18 anni, per i quali deve provvedere l'*Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia.* Questa protezione non è solo fatta per un sentimento pietoso verso i fanciulli, ma anche e sopratuto per un bisogno concreto di difesa della stirpe. L'Italia vuol diventare una Nazione forte e non può diventar tale se non sottraendo gli uomini del domani, cioè i fanciulli dell'oggi, alle cause di degenerazione tra le quali occupa il primo posto la malaria.

Bisogna vedere quanti dei casi di malaria annualmente denunziati, che raggiungono un quarto di milione, e quanti non denunziati, che saranno anche di più, sono casi di malaria infantile, perchè a questi malarici in giovane età, cioè in via di sviluppo, l'infezione malarica è specialmente nefasta.

« L'infezione malarica nella prima infanzia molto spesso diventa *cronica*, scrive l'Alfaro; ed anche senza uccidere o dar manifestazioni molto sensibili, debilita e deteriora profondamente l'organismo, produce distrofie, che possono giungere sino ad un *infantilismo* speciale, accompagnato talvolta da *ipotiroidismo mixedematoso*, studiato da Lanceraux, De Brun ed altri in Francia e da Chimisso in Italia. Vi è per lo meno *un'azione ritardatrice di sviluppo* che noi vediamo nel nostro Nord (Argentina) e che Pittaluga segnala in Las Hurdes ed in altri punti della provincia di Caceres, in Ispagna. Tutto ciò contribuisce ad alterare e deteriorare la razza ».

Il deterioramento della razza nelle regioni malariche è così evidente anche in Italia, che sarebbe superfluo l'insistervi. È dunque veramente necessaria — e perciò doverosa — quell'azione sistematica contro la malaria infantile che noi invochiamo.

Come dovrebbe organizzarsi un'azione sistematica contro la malaria infantile in Italia.

Anzitutto è da ricercare quali sono le zone di malaria più intensa e ciò è molto facile sulla base delle denunzie. Nella seguente tabella sono riassunte le cifre dei casi denunziati nelle varie regioni per gli anni 1921 e 1925: cifre non confortevoli perchè dimostrano la stabilità del flagello.

REGIONI	Casi denunziati	
	1921	1925
Piemonte	441	73
Liguria	22	32
Lombardia	6977	4550
Veneto	24114	15780
Emilia	6466	5456
Toscana	2828	2010
Marche	211	184
Umbria	224	52
Lazio	7861	18340
Abruzzi e Molise	4914	3794
Campania	7252	12248
Puglie	38644	33591
Basilicata	13173	8997
Calabrie	39888	31986
Sicilia	40503	27096
Sardegna	74071	108811
Regno	267589	273000

Queste cifre, sebbene molto incomplete, considerate dal nostro punto di vista bastano per stabilire subito che non occorrono provvidenze nè in Piemonte, nè in Liguria, nè nelle Marche, ne nell'Umbria; che bisogna agire nelle limitate località malariche della Lombardia, dell'Emilia, della Toscana, degli Abruzzi e Molise, della Campania e del Lazio, tenendo conto, in queste due ultime regioni, del notevole aumento avvenuto; che bisogna agire energicamente nel Veneto e nella Venezia Giulia, e più ancora nelle Puglie, in Basilicata, nelle Calabrie, in Sicilia e specialmente in Sardegna, dove la malaria è gravemente aumentata e raggiunge le cifre massime del Regno. Per le cinque ultime regioni dell'Italia meridionale ed insulare è da tener conto del fatto che sono anche le più misere, le meno favorite dalla beneficienza pubblica, dall'assistenza sociale e dalla vigilanza igienica e che perciò richiedono le maggiori cure.

Pur troppo, per la sua organizzazione a tipo federale, l'Opera Nazionale è, per il momento, quasi disarmata, proprio in queste zone più bisognose d'aiuto, perchè non ci sono possibilità concrete di federazione tra istituzioni che non esistono. Ma in seguito questa mancanza di istituzioni d'assistenza più che un danno potrà essere un vantaggio, perchè l'Opera Nazionale potrà agire per suo conto, organizzando *ex novo*, cioè in modo perfetto, la sua lotta contro la malaria infantile.

E come potrà organizzarla? In un modo molto semplice: Estendendo a queste zone malariche lo schema d'azione che ha già adottato, molto razionalmente, nelle altre regioni, ed intensificandovi il numero e l'opera dei consultori infantili, dei Corsi di puericultura, dei ricoveri, ecc., senza perder di vista le necessità speciali della lotta antimalarica.

Così, *i consultorii* avranno sussidi e capacità tecniche speciali per questa lotta, affinchè sia possibile, non soltanto visitare, curare e profilassare i bambini che si presentano, ma *andare alla ricerca* di questi bambini per mezzo de le infermiere visitatrici e di ausiliari volontarii, che potrebbero essere magnificamente organizzati, per esempio dalle Unità della Croce Rossa Giovanile.

I Corsi di puericultura, che l'Opera Nazionale ha così provvidamente promosso in un gran numero di centri, saranno veramente preziosi, nelle provincie malariche, per insegnare ai medici ed alle infermiere visitatrici quelle particolarità di tecnica assistenziale che la malaria infantile richiede. E sarà necessario creare piccoli *laboratorii* specializzati da affidare ai migliori ufficiali sanitarii, praticamente istruiti per mezzo dei suddetti corsi od altrimenti, per la diagnosi microscopica della malaria e delle sue varie forme. Per i servizi di collegamento tra questi laboratorii, i consultori e le case private potranno in molti luoghi — come ne ha dato esempio lo Stradiotti in Lombardia — essere utilizzati i *juniores* della Croce Rossa Giovanile, i Balilla o gli Avanguardisti.

In quanto ai *ricoveri*, nulla di più utile che l'organizzazione di *sanatorii malarici infantili*, sul tipo di quello organizzato dal Gosio a Nettuno, nel numero sufficiente per ricoverare i molti casi di malaria infantile altrimenti irredimibili.

La scuola potrà poi essere di grandissima utilità nella lotta contro la malaria della seconda infanzia, se i *medici scolastici* funzioneranno nelle zone malariche come dovrebbbero funzionare dapertutto, così da permettere, nella necessaria alleanza tra medico e maestro, tanto la diagnosi quanto la cura degli scolari affetti da malaria: cura da farsi nella scuola durante il periodo invernale, nelle *colonie montane*, lontano dalle terre flagellate dalla malaria, durante il periodo estivo. Ed « i fanciulli rimasti di necessità in queste terre, scrive giustamente l'Ilvento (pag. 281 del libro citato) dovrebbero fare la profilassi chininica, che è certamente profilassi dello stato morboso febbrile, se non de l'infezione. Bisognerebbe — ed è quello che le scuole dei contadini fanno ne le Paludi Pontine d'accordo con la Croce Rossa Italiana — che gl'insegnanti conoscessero i principi fondamentali della lotta anti malarica ed abituassero gli scolari ad applicarli nella lotta invernale e primaverile contro le zanzare e le larve nelle abitazioni ed intorno a queste, ecc.».

Noi siamo perfettamente d'accordo con l'insigne igienista e siamo convinti che in tutte queste operazioni di « piccola bonifica » ed in altre svariate e molteplici attività della lotta contro la malaria infantile, i *juniores* della C. R. I. G. e gli altri fanciulli organizzati saranno di grandissima utilità, individuale e sociale.

Dopo aver letto questo articolo, molti potranno osservare che per una lotta così vastamente organizzata in tanta parte del Regno occorreranno milioni in gran numero. Sarà una giustissima osservazione. Ma si potrà rispondere che il denaro è fatto apposta per essere bene speso. E non si potrebbe spendere il denaro pubblico in modo migliore di questo, cioè per rinvigorire la stirpe e giovare alla potenza, alla dignità, alla salute della Nazione.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

III Congresso della Società Italiana di Medicina Legale.

Fu tenuto a Firenze nei giorni 30 e 31 maggio e 1° giugno, ed è il primo indetto dalla Società dopo la guerra.

Erano presenti quasi tutti i titolari delle cattedre di Medicina legale, e cioè Benassi, Bianchini, Biondi, Carrara, Cazzaniga, Dalla Volta, Falco, Lattes, Leoncini, Moriani, Ottolenghi, Pellegrini, Perrando, Romanese; il Direttore generale della Cassa Naz. Infortuni grand'uff. dott. Calamani; molti liberi docenti e cultori di medicina legale e d'infortunistica, fra i quali i professori Funaioli, Mori, Pieraccini, Diez, Ciampolini, Prosperi, Boldrini, Di Tullio, Mibelli, Sprecher; i dottori Giannini, Cioffi, Palmieri, Antonini, Biancalana, Ballotta, Sorrentini, Francioni, e molti altri. Notevole il concorso dei medici militari con alla testa il generale dott. Riva, il colonnello direttore della Scuola di Sanità Militare professor Grixoni, il direttore dell'Istituto Medico-Legale per l'Areonautica ten. colonn. Ferrari-Lelli.

Alla seduta inaugurale, tenutasi nell'Aula Magna della R. Università sotto la presidenza del Rettore Magnifico prof. Burci, intervennero molti membri della Facoltà col Preside prof. Gatti, le autorità cittadine, e rappresentanti dell'Esercito, della Magistratura e del Foro. Svolse un'applaudita relazione il presidente della Società professor Perrando, passando in rassegna critica tutto il contributo dato alla medicina legale nell'ultimo decennio da cultori della specialità, da infortunisti, ed altri. Notevole è risultata la produzione scientifica italiana.

Nel pomeriggio dello stesso giorno fu inaugurato nell'aula dell'Istituto di Medicina Legale un busto in marmo del compianto prof. Borri, già titolare della cattedra. Lesse una smagliante, affettuosa e commovente orazione commemorativa il prof. Leoncini presidente del Congresso, allievo e successore nella cattedra dell'illustre estinto. Presenziarono alla cerimonia, oltre alle autorità e ad un numero imponente di congressisti, la vedova ed il figlio del Borri.

Nelle altre sedute svolsero relazioni ufficiali il prof. Biondi sulla « Importanza del fattore costituzionale nel determinismo, nel danno e nella liquidazione degli infortuni »; i professori Romanese e Leoncini sulla « Intossicazione da ossido di carbonio »; il prof. Ottolenghi sulla « Medicina Legale e Polizia scientifica ».

Numerose le comunicazioni, fra le quali ricordiamo quelle del prof. Mori sull'« Anafilassi negli infortuni »; del prof. Diez sulle « Lesioni tariffate e necessità biologica della valutazione individuale delle invalidità »; dei dott. Ballotta su « Trauma e tumori »; dei dottori Antonini e Biancalana su « L'edema polmonare nei traumatizzati del cranio »; del prof. Lattes sulla « Determinazione spettrometrica della carbossiemoglobina »; del prof. Cazzaniga sulla « Intossicazione ossicarbonica »; del prof. Dalla Volta sulla « Reazione cloro-emoglobinica »; del prof. Leoncini sulla « Nefrosi da sublimato »; del dott. Palmieri sulle « Intossicazioni da alcool e da fosgene »; del prof. Di Tullio sul « Servizio antropologico criminale nelle carceri »; del prof. Prosperi sulla « Riparazione delle malattie professionali »; dell'avv. Vernarecci sulla « Funzione medico-legale nella elaborazione del nuovo diritto del lavoro », e molte altre.

Due speciali sedute furono dedicate alla Medicina Legale Militare e alle Assicurazioni sociali.

La prima fu tenuta nella Scuola di Sanità Militare. Svolse una importante comunicazione sulla « Scelta del pilota aereo » il dott. Ferrari-Lelli: altri argomenti della specialità furono trattati con competenza dai dottori Sgarbi, Accorinti, Funaioli, Talenti, Cappelli, Casella, Pastore.

L'altra seduta fu tenuta nel Convalescenziario « Regina Margherita » della Cassa Naz. Assicuraz. sociali. Il dott. Giannini, capo del servizio medico dell'Istituto, illustrò diffusamente il programma della Cassa nella previdenza e nella assistenza. Svolsero altre comunicazioni la dott.sa Sorrentini e il dott. Francioni dello stesso Istituto.

Il Congresso fu molto importante per il numero e la qualità degli argomenti trattati, e per le dotte discussioni che seguirono, anche se non possa dirsi che tutta la materia fosse di stretta pertinenza della specialità.

A sede del prossimo Congresso, che si terrà nel 1929, fu designata Bologna.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

La influenza come entità morbosa a sè.

Gli autori che si occupano di questa malattia esprimono spesso il dubbio se essa realmente esista e se i numerosi e vari quadri sintomatici descritti sotto il nome di influenza dai clinici siano realmente tra loro in rapporto. Questo dubbio è pienamente giustificato dato che non si conosce ancora l'agente patogeno. Dalle osservazioni cliniche fatte durante una recente grande epidemia in Germania, H. Taterka e M. Landsberg classificano la malattia in 5 forme, a seconda della diversa localizzazione del virus nelle vie respiratorie: 1) la forma grave, tossica; 2) la faringo-tracheale; 3) la bronchitica; 4) la bronco-pneumonica; 5) la pneumonica. I dati clinici stanno in favore dell'ipotesi che i diversi sintomi siano dovuti a uno stesso microrganismo, che si associa ad altri germi, i quali danno luogo ad infezioni secondarie. I sintomi infiammatori locali vanno interpretati, allo stesso modo che in tutte le malattie infettive, come segno della resistenza organica; la forma gravemente tossica o fulminante è quella che si verifica quando i poteri immunitari sono così scarsi, che la resistenza locale è piccolissima. Una reazione nel faringe produce epistassi, dolori di gola e tosse stizzosa; nei bronchi dà luogo a bronchite e a sintomi asmatici; mentre nei polmoni dà luogo a pneumonite con svariate complicazioni caratteristiche. Una di queste complicazioni è una infiltrazione che può esistere senza che vi sia temperatura febbrile, e che persiste per lungo tempo. Un'altra complicazione è la pleurite fibrinosa, la quale si riscontra raramente nelle bronco-pneumoniti non influenzali. Il dolore che si accompagna alla pleurite secca è spesso il sintoma più saliente. Sono parimenti complicazioni abbastanza comuni l'ascesso polmonare, la gangrena, l'empiema interlobare, la pleurite con essudato sieroso od emorragico, l'indurazione e la comparsa di lesioni tubercolari. Sono stati osservati anche sintomi a carico del sistema nervoso. Recentemente due AA. francesi hanno descritto una iperestesia cutanea, che essi hanno visto associarsi costantemente alla forma tracheale dell'influenza. La cute della faccia e della testa, e a volte delle spalle, diviene dolentissima, la secrezione lacrimale è aumentata, il senso del gusto è perduto, e la frequenza del polso è notevolmente aumentata. Tutti questi sintomi stanno in rapporto quasi certamente, dicono questi AA., con una infezione del trigemino e dei nervi cervicali superiori, che è simultanea all'infezione della mucosa delle vie respiratorie.

Quale che sia l'agente patogeno della malattia, molti clinici autorevoli, come ad es. Rodolf Jaffe, sono dell'opinione che la diagnosi di influenza può farsi con certezza in base alle lesioni anatomo-patologiche delle vie respiratorie. La frequente coesistenza di sintomi, apparentemente non in rapporto fra loro, può essere dovuta alle svariate complicazioni secondarie, che si verificano nella maggior parte dei casi.

(*The Lancet*, 23 aprile 1927).

N. MARZO.

Le vegetazioni adenoidi.

Per vegetazioni adenoidi bisogna intendere la ipertrofia e l'iperplasia di quella parte dell'anello linfatico di Waldeyer che risiede sulla volta della faringe, cioè tra naso e gola.

Le cause di questa ipertrofia sono diverse: stati infiammatori, esagerata funzione, speciale condizione di diatesi linfatica, neuroartritica, malattie esantematiche, e sopratutto sifilide e tubercolosi ereditarie. Sembra che vi sia anche una correlazione funzionale tra le vegetazioni adenoidi e le ghiandole endocrine, per i rapporti anatomici, topografici, circolatori che esistono tra la rinofaringe e l'ipofisi.

C. Bruzzone (*La Pediatria del Med. prat.*, n. 4, aprile 1927) lascia insoluta la quistione, e pensa che tale iperplasia diventi pericolosa per l'organismo.

La *frequenza* delle vegetazioni adenoidi è in rapporto ai paesi ed ai climi; tra noi il 60-70 % dei bambini ne sono affetti; l'età è tra gli 8-15 anni; con la pubertà le vegetazioni adenoidi regrediscono spontaneamente.

Anatomo-macroscopicamente si presentano sotto due tipi: ipertrofia unica, della grandezza d'una noce avellana, divisa da solchi in 2-4 lobi, e in una ipertrofia diffusa, che giunge fino agli sbocchi tubarici.

I *sintomi*: consistono in disturbi meccanici, riflessi generali.

1) *Disturbi di respirazione*: v'è difficoltà di respirazione nasale; di notte i bimbi respirano a bocca aperta, con facilità quindi alle faringiti e tonsilliti; facili bronchiti nella stagione invernale;

2) *Disturbo della fonazione*: nei casi molto sviluppati la voce assume il timbro nasale;

3) *Disturbi auricolari*: generati dalla occlusione delle trombe di Eustachio; e quindi otalgie, otiti medie catarrali, otiti medie purulente, ed infine sordità;

4) *Alterazione dello sviluppo scheletrico*: il torace è scarsamente sviluppato; si nota arresto di sviluppo delle ossa facciali, le quali formano la nota *facies adenoidea;*

5) *Disturbi di circolazione e della crasi sanguigna*: la circolazione risente dell'ostacolata funzione respiratoria; si ha aumento della pressione. La formula ematologica alterata è migliorata con l'asportazione delle adenoidi;

6) *Disturbi di crescenza e di nutrizione*: sono dipendenti dai fatti tossici generali, dalle rinofaringiti croniche, dai disturbi dispeptici, facili in questi infermi;

7) *Fenomeni riflessi generali*: sono molteplici. Ricordiamo: *a*) l'aprosexia o difficoltà di fissare l'attenzione, spesso dipendente dalla sordità; *b*) le cefalee, per lo più frontali, ribelli, legate a fenomeni congestivi della pituitaria; *c*) la tosse secca e insistente; *d*) il laringospasmo, l'asma, l'enuresi notturna, ecc.

La *diagnosi* è relativamente facile; la *cura* è duplice: d'attesa, se i sintomi non sono gravi, sapendo che le vegetazioni adenoidi regrediscono nella pubertà; chirurgica nei casi gravi e diffusi.

CARUSI.

TERAPIA.

Il trattamento delle infezioni urinarie del poppante.

Si ritiene dai pediatri che la maggior parte delle febbri inesplicate che si osservano nell'età infantile siano da attribuirsi ad un'infezione otitica complicata o non da mastoidite, oppure ad un'infezione urinaria. Vi sono di questa, forme fruste, altre acute, setticemiche e recidivanti. La diagnosi non è possibile fino a che un'analisi precisa delle urine raccolte per sondaggio non dimostri la realtà delle cose.

Come trattamento, A. Dufourt (*Journ. de méd. de Lyon*, 5 marzo 1927) rammenta che in qualche caso è stato utile il batteriofago, ma che, nella maggior parte è inattivo in quanto che i colibacilli, spesso atipici, che si ottengono dalle urine, sono resistenti al batteriofago.

Più utilizzata è la vaccinoterapia, specialmente quella con vaccino autogeno. Spesso però anche questa è inefficace, forse perchè, anche nella immunizzazione sperimentale, l'urina non arriva che ad un basso contenuto di anticorpi. Negli adulti, si sono avuti buoni risultati con lavature del bacinetto mediante autofiltrati; evidentemente nel bambino questi procedimenti non sono applicabili. Le lavature della vescica con antisettici sono giustificate soltanto in presenza di cistite isolata.

Molto usati sono gli antisettici urinarî somministrati per via digerente, tipo l'urotropina. È però necessaria la somministrazione di dosi alte. Goppert consiglia dosi di 5 cg., 8 volte al giorno da 7 a 9 mesi e 20 cg. da 10 mesi a 2 anni. Freemann incomincia con 10 cg., dopo i 6 mesi, e 30 da 9 a 12 mesi, aumentando poco a poco la dose. Sanhueza va da 60 cg. a 1 g. al giorno secondo l'età; Hannau somministra fino a g. 1,50 a 6 mesi, e g. 2,10-2,50 da 9 a 12 mesi.

L'A. è fautore della cura alcalina, che avrebbe per scopo di opporsi allo sviluppo del B. coli. È però difficile alcalinizzare in modo costante le urine. Si usa il bicarbonato di sodio od il citrato di potassio; di quest'ultimo da 30-60 cg. fino a g. 1,25 ogni due ore, giorno e notte. Gli alcalini devono essere continuati per una settimana almeno dopo la scomparsa della febbre e della piuria, senza di che le ricadute sono comuni.

Sono inoltre utili tutte le medicazioni che tendono a sollevare lo stato generale, prima fra queste la somministrazione di vitamine (lievito di birra, succhi di frutta).

Si deve purtroppo riconoscere che non vi è medicazione che sia sicuramente e rapidamente attiva. Si hanno talora dei vantaggi combinando i diversi metodi, escluso ben inteso l'urotropina con gli alcalini.

fil.

L'urotropina per via intravenosa nelle ritenzioni urinarie postoperative ginecologiche.

L'intervento nei genitali femminili determina con frequenza ritenzione urinaria come causa della quale talora può essere invocata la modificazione dei normali rapporti fra utero e vescica, talora le lesioni della parete vescicale, spesso anche il dolore alla minzione è tale da trattenere le pazienti dal mingere, cosa che spiega l'installarsi di una ritenzione dopo la prima operazione.

Cateterizzare in tali casi, per la probabile insorgenza di una cistite è pericoloso, e i diuretici hanno poco o nessun effetto.

Kustner (*Deutsh. Mediz. Woch*., 1926, n. 41) ha praticato con successo l'iniezione intravenosa di 5 cmc. di urotropina al 40% eseguita però non prima di sette ore successive all'operazione. Se una iniezione non è sufficiente se ne pratica una seconda; in tal modo ha potuto evitare quasi sistematicamente il pericoloso cateterismo postoperatorio.

PALLADINI.

Sull'azione diuretica della caffeina e altri derivati purinici.

K. Tamura, S. Watanabe, Y. Shah, S. Komatsubara e G. Kihara (*Proceed. of the imperial academy*, ottobre 1926, Tokio) hanno osservato che nei conigli, cani e gatti, dopo iniezione intrave

nosa di questi farmaci, si ha una rapida caduta della pressione arteriosa, e contemporaneamente un aumento del flusso del sangue attraverso il rene.

La diuresi si inizia solo quando pressione e circolazione sono tornate normali, e dura a lungo. Quindi la diuresi non dipende dalla vasodilatazione, ma da un'azione diretta sugli epiteli renali

Provocando idremia mercè infusione di liquido di Ringer, la diuresi caffeinica è più evidente nei conigli e scarsa nei gatti, come accade del resto anche senza provocare idremia, e di poco si accresce. Deducono gli AA. che la diuresi caffeinica è causata principalmente dall'aumentata permeabilità della capsula glomerulare, e in minor grado dall'idremia e dal diminuito riassorbimento tubulare.

La diuresi caffeinica non si accompagna a notevole aumento del consumo di ossigeno da parte del rene, cosa che invece accade con la diuretina, che irrita il rene.

T. Nishina (*ibidem*) nei batraci attuando la circolazione separata osservò che la caffeina ha una netta azione diuretica diretta sui glomeruli, anche a diluizioni di 1 a 200,000. Sui tubuli non ha azione diretta, ma se si fa passare per essi una soluzione contenente caffeina 1 a 200,000, che ha già traversato un arto posteriore, si ha diuresi evidente, per azione indiretta.

DORIA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Presunto antagonismo tra tubercolosi e malaria. — All'abb. n. 13358-2:

La tesi di un antagonismo tra tubercolosi e malaria venne sostenuta nella prima metà del secolo scorso da Well, Mosseret, Fleury e altri e fu validamente difesa da Boudin, che formulò la legge « v'è antagonismo biologico tra tubercolosi e malaria », la quale provocò lunghi dibattiti. Di recente il problema è stato nuovamente affrontato da E. Stendel (cfr. *Riv. di Malariologia*, 1927, n. 1) e da P. Segura (*Revista de Hygiene y Tuberculosis*. 30 nov. 1925); quest'ultimo notò che da quando la malaria divenne più grave nella cittadina di Algemesí (Spagna), la mortalità da tubercolosi è aumentata. Dalle sue indagini risulterebbe che la malaria grave, con tendenza alla cronicità, ribelle alla chinina, predispone alla tubercolosi o la aggrava; invece le forme benigne di malaria parrebbero immunizzare contro la tubercolosi. Anche J. Cammermeyer (*Norsk Magazin for Laegevidenskapen*, apr. 1927) riferisce alcune osservazioni, eseguite al Congo, le quali deporrebbero per un'azione favorevole della malaria sulla tubercolosi acuta o cronica.

L. V.

Distruzione delle blatte. — All'abb. n. 6262, da L.:

Il nome di *piattole*, sebbene usato da alcuni vecchi autori e registrato dai dizionari per indicare le Blatte, non esce oggi dai confini della Toscana, in tale significato, mentre è usato in tutta Italia per indicare il *Phtirius pubis*, a cui in Toscana si dà il nome di piattone. La stessa Crusca, del resto, osserva che « per lo più fra i medici, piattola è lo stesso che piattone », e registra il nome di Blatta, come termine dei naturalisti; è opportuno quindi attenersi a tale termine.

La distruzione delle blatte dai locali che ne sono infestati è assai difficile. È anzitutto necessario stuccare tutte le fessure dei muri in cui esse possono annidarsi; cospargere poi sul pavimento, specialmente sulle tarde ore della sera, una miscela di fluoruro di sodio e di farina a parti uguali (è di solito quella venduta in commercio sotto diversi nomi di fantasia). Le blatte se ne cibano e ne muoiono nei loro nascondigli; i loro cadaveri mangiati poi dalle altre blatte, le intossicano a loro volta. Utile può essere anche la polvere insetticida (purchè sia buona), la quale non sempre le uccide, ma determina dei movimenti convulsivi, per cui esse rimangono con l'addome in alto e da tale posizione non possono più rimettersi in quella normale. I gas tossici (acido cianidrico) non sono molto utilizzabili perchè difficilmente raggiungono le blatte nei loro nascondigli; ad ogni modo vanno usati durante le ore notturne.

fil.

Al dott. A. D. da R.:

1) Un medico-chirurgo laureato in Italia può aprire un gabinetto dentistico anche se non sia specializzato in odontoiatria.

Può scegliere chi vuole, italiano o straniero, con titoli o senza titoli, come meccanico-dentista, cioè come tecnico che, confinato nel suo laboratorio, senza contatto col paziente, gli appresti gli apparecchi di protesi, valendosi delle impronte e delle indicazioni da lui fornitegli.

(Quando andrà in vigore la legge testè approvata dal Parlamento sulla disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie, il medico non avrà più questa libertà di scelta, poichè dovrà valersi di un odontotecnico munito di licenza o di attestato di abilitazione conseguiti in Italia).

Come *operatore*, cioè come aiuto nel suo gabinetto qualunque sia la mansione affidatagli, il medico-chirurgo non può avere che... un altro

medico chirurgo o un odontoiatra autorizzato. Non è ammesso dalla giurisprudenza il concetto che il medico possa assumere la responsabilità di atti compiuti da altri, sia pure in sua presenza. Essa è unanime nel riconoscere che il medico deve operare con le proprie mani.

2) Un suddito svizzero (e altrettanto dicasi per qualsiasi altra nazionalità) non autorizzato all'esercizio della medicina in Italia, non può per nessun motivo, quali si siano gli studi fatti ed i titoli dentistici ottenuti, aprire un gabinetto dentistico.

Nè a Torino nè in alcun'altra città d'Italia si danno esami di abilitazione all'esercizio della odontoiatria.

c. c.

All'abb. n. 9427:

Non mi risulta che sia stato pubblicato in Italia nessun trattato di Neisser sulle malattie veneree e cutanee.

Come trattato di Patologia medica, veda quello di PIRERA (F. Vallardi, ed., Milano) ed il *Prontuario di medicina interna* di A. FERRANNINI (Idelson, Napoli).

fil.

VARIA.

Masticazione e secrezione gastrica.

Si insiste sempre e dovunque sulla necessità di masticare a lungo gli alimenti per assicurare una buona digestione, consiglio di cui si era fatto paladino Fletcher. Anche in questo però è necessario fare delle distinzioni che possono in qualche caso portare ad una prescrizione opposta. Nelle ipersecrezioni gastriche, per esempio, Meunier (1) ha dato il consiglio, che può sembrare paradossale, di masticare poco. Le esperienze complete fatte da von Friedrich, che vengono citate da L. Pron (*Journal des praticiens*, 16 gennaio 1927) appoggiano tale modo di vedere ed hanno notevole importanza dal punto di vista pratico.

Risulta in complesso che, sia che si tratti di masticazione a vuoto, o di masticazione paragonata alla deglutizione rapida di alimenti o di masticazione di alimenti senza deglutizione, essa agisce come un fattore eccito-secretore presso a poco costante. Esercita la sua azione, in parte in conseguenza di un riflesso a punto di partenza boccale (reflesso bucco-gastrico per l'intermediario del bulbo e del pneumogastrico), in parte per l'azione della saliva sulla mucosa gastrica. Tale azione manca, in generale nell'ittero, per la modificazione della mucosa boccale, che è meno sensibile al contatto degli alimenti. L'azione è soprattutto marcata negli stati gastrici che si accompagnano ad ipercloridria ed all'ipocloridria.

(1) *Presse médicale*, 3 ottobre 1925.

È quindi consigliabile nell'ipercloridria di somministrare alimenti liquidi o semiliquidi in forma di puree (per diminuire la masticazione) e di inghiottire rapidamente. Invece negli ipocloridrici, si daranno alimenti solidi (carne, frutta, legumi poco cotti), facendoli masticare più a lungo che sia possibile.

La carne è l'alimento con maggiore e più regolare azione eccito-secretoria; la carne rossa agisce più che la bianca.

I grassi diminuiscono la secrezione, ma hanno l'inconveniente di ritardare l'evacuazione e, quindi, il contatto più prolungato con la mucosa gastrica può diventare una causa di ipersecrezione. Per tale ragione vanno proscritti agli iperacidi.

Lo zucchero è un iposecretore nei sani ed un ipersecretore negli iperacidi quando è preso in forma concentrata (miele, datteri, canditi). Invece lo zucchero diluito è sempre un topico calmante per lo stomaco, quando è preso, p. es., in forma di infuso o di acqua contenente circa 15 grammi per bicchiere.

Il tempo di latenza, ossia l'intervallo fra la masticazione e la comparsa della secrezione è, nei sani, di 5-7 minuti.

La masticazione della gomma (sostanza insipida) dà una scarsa quantità di succo gastrico nei sani (13 cmc.), mentre nei gastro-pazienti, ne dà maggiori quantità (26,40 e fino a 60 cmc.).

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

PERUSSIA FELICE. *La Roentgen e la Radiumterapia nella lotta contro i tumori maligni.* — Milano, Coop. Farmaceutica, 1926.

PIERANGELI WALTER. *Eritema polimorfo con larghe manifestazioni alle mucose.* — Napoli, Tip. « La Nuovissima », 1926.

PLITEK VENCESLAO. *L'Associazione medica Triestina in cinquant'anni di vita.* (1875-1926). — Trieste, Assoc. Med. Triestina, 1926.

REITANI UGO. *Ricerche sulla filtrabilità del tripanosoma marocanum.* — Roma, Tip. Operaia Romana, 1926.

ROASENDA GIUSEPPE. *Esiti di nevraspite da encefalite epidemica.* — Siena, Tip. S. Bernardino, 1926

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXI. — Licenziamento per motivi disciplinari.

Un medico condotto era stato licenziato per vari motivi, alcuni dei quali erano risultati inesistenti. Tuttavia, il licenziamento fu confermato per due addebiti, che sembravano provati: esagerata percezione di stipendi ed onorari; attestazioni necroscopiche senza la visita dei cadaveri. La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 26 novembre 1926 n. 414, ha considerato che « la mancanza relativa alle attestazioni necroscopiche fatte senza la visita dei cadaveri è assai grave e tale che da sola può giustificare la punizione massima del licenziamento; la gravità è in relazione con l'importanza che la legge (regolamento speciale di polizia mortuaria e ordinamento stato civile) attribuisce alle constatazioni necroscopiche esigendo apposita visita di un medico all'uopo delegato, perchè resti esclusa la funesta possibilità di morte apparente e sia accertata la causa di ogni decesso sia per ragioni igieniche e profilattiche, sia per ragioni penali al fine di togliere ogni dubbio di decessi dovuti a cause delittuose. E che la visita non sia formalità secondaria è dimostrato dal fatto che la falsa attestazione necroscopica, per visite a cadaveri effettivamente non eseguite, può avere gli estremi dei reati di cui all'art. 298 cod. penale.

XXII. — Licenziamento per fine di prova motivato da considerazioni d'ordine disciplinare.

Quando si voglia procedere al licenziamento per motivi disciplinari, anche l'impiegato in prova ha diritto di essere previamente invitato a discolparsi, per non rimanere senza difesa, sotto il peso di accuse che offuscherebbero la sua figura morale e gli sarebbero di ostacolo a procurarsi altra occupazione. Questo principio è ormai costantemente ammesso dalla giurisprudenza così per il licenziamento deliberato nel corso del periodo di prova e con effetti immediati, come per il licenziamento per fine del periodo di prova. Il dissenso può sorgere nei singoli casi e in relazione alla seconda ipotesi, allo effetto di stabilire se i motivi del provvedimento contengano apprezzamenti generici circa la valutazione della prova o fatti specifici disciplinarmente perseguibili. La V Sezione del Consiglio di Stato con decisione 26 novembre 1926 n. 415, ha fatto applicazione del sudetto principio per un licenziamento motivato da inosservanza di orario con conseguenza di disordine nel funzionamento dell'ufficio.

XXIII. — Effetti della decisione che annulla una nomina per illegale esclusione di un concorrente.

Alcuni concorrenti al posto di medico condotto erano stati esclusi dal concorso per un preteso vizio di forma del certificato d'iscrizione nell'ordine dei sanitari. Uno di essi ricorse al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale e la IV Sezione annullò la nomina deliberata dal Comune, avendo riconosciuto che illegalmente era stato escluso il ricorrente dal concorso. Il Comune, eseguendo questa decisione, invitò a ripresentare i titoli non soltanto il concorrente che aveva ricorso al Consiglio di Stato, ma anche gli altri che erano stati esclusi per lo stesso motivo e che non avevano presentato ricorso. Anzi, il ricorrente non ripresentò i titoli; sicchè il concorso fu rinnovato in confronto di tutti gli altri concorrenti, eccettuato quegli che aveva provocato, col suo ricorso, l'annullamento della deliberazione di nomina. Il Governo del Re annullò la deliberazione del Comune, ritenendo che non dovessero essere riammessi i concorrenti che avevano accettato il provvedimento e che, in ogni modo, spettasse alla Commissione di provvedere. Ma la V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 17 dicembre 1926 n. 462, dichiarò legittima la deliberazione del Comune che aveva invitato a partecipare allo stesso concorso tutti i concorrenti che ne erano stati esclusi per identico motivo. Soggiunse che la facoltà di ammissione spettava al Comune e non alla Commissione e che il concorso doveva essere rinnovato così come avvenne pur non avendo ripresentato i suoi titoli il concorrente che aveva provocato la decisione di annullamento della prima nomina.

La V Sezione ha correttamente applicato, in questo caso, i princìpi generali concernenti l'effetto delle decisioni di annullamento dei provvedimenti amministrativi.

N. B. — *Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).*

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. **GIOVANNI S[illegible]**, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Lotta contro il cancro.

Il Ministero dell'Interno (Dir. Gen. della Sanità Pubblica - Div. A. T. - Sez. I) ha diramato ai Prefetti la seguente circolare in data 7 aprile, Prot. n. 20300.90 A. G.:

L'emanazione dei RR. decreti-legge 23 luglio 1926, n. 1427 e 13 gennaio 1927, n. 82, recanti provvedimenti che la lotta contro il cancro e i tumori maligni, ha già portato il benefico effetto di fare convergere il pensiero degli studiosi, dei filantropi e delle pubbliche amministrazioni sull'arduo problema ed ha anche concorso a suscitare in taluni centri, attività varie e promettenti.

Il Ministero si compiace di questo felice risultato, novella prova dell'interessamento che destano le buone cause rivolte a lenire le umane sofferenze, e confida che la felice armonica coordinazione degli sforzi possa condurre in un tempo non lontano a quella mèta, che è nelle generali aspirazioni.

Da varie parti pertanto si chiedono al Ministero somme anche cospicue per alleviare le necessità locali, ma si deve fare, a questo proposito, presente come lo stanziamento nel bilancio dello Stato della somma prevista dalla legge succitata, non può essere che l'esponente dell'impulso impresso dal Ministero alle succitate attività, connesso colla possibilità di qualche aiuto finanziario ad integrazione degli sforzi e delle iniziative locali.

Ne scaturisce che l'impiego della somma stanziata deve essere attuato — e tanto più in questo primo periodo — con particolare accorgimento, per non disperdere la somma stessa, con evidente danno di un'azione efficace, ma questa deve affluire a puro titolo integrativo, precisamente laddove le risorse locali, con effettiva realizzazione di mezzi e con la manifestazione di opere, si sono già affermate verso una positiva e completa lotta contro il cancro ed i tumori maligni.

Ciò premesso, si richiama la particolare attenzione delle SS. LL. acciò vogliano indirizzare le iniziative locali sopra un terreno pratico, tenendo presente:

1) che occorre anzitutto che sia stabilito un programma di opere, in modo che da esse si possa avere il massimo rendimento, per corrispondere alle finalità che la legge si ripromette.

Quindi, sufficienza di mezzi clinici e scientifici e competenza di personale specializzato, in una armonica fusione di attività, in modo che, oltre alla utilizzazione di tutti i vari congegni di indagine per la diagnosi precoce, possa provvedersi anche alla susseguente e necessariamente connessa azione di cura e di assistenza ai malati, mercè i tempestivi interventi chirurgici, fisioterapici od altri suggeriti dalla terapia moderna;

2) che quante volte non sia possibile di avere in luogo tutti quei larghi mezzi finanziari o di altra natura, che sono indispensabili per la complessa impresa, è necessario che le energie di più Provincie convergano per l'unione delle loro forze materiali e morali, che valgano in questo primo periodo di avviamento della lotta organica contro i tumori maligni, a far realizzare *pochi ma completi e forti Centri* di accertamento diagnostico e di intervento terapeutico;

3) altro punto, sul quale si richiama l'attenzione delle SS. LL., e sempre nell'ordine d'idee sopramenzionate, è che conviene evitare la contemporanea azione di attività separate, che non siano complete, o quanto meno coordinate, onde evitare inutili dispersioni di forze.

È indubitato che, in un tempo non lontano, sarà possibile uno sviluppo più frazionato ed esteso delle attività di cui trattasi, ma a tale perfezionamento non si potrà giungere se i primi passi non seguano la via maestra del coordinamento degli sforzi, via che sola può condurre a un auspicato organico e fattivo programma di azione.

Cronaca del movimento professionale.

Congresso Nazionale del Sindacato Nazionale Medico Fascista.

Per essere certi dell'intervento del presidente della Confederazione Naz. dei Sindacati Fascisti on. Rossoni, si è dovuto differire di una settimana la data del Congresso, il quale avrà luogo nei giorni 11-13 luglio in Roma nell'Aula Senatoria in Campidoglio. Possono parteciparvi tutti gl'iscritti al Sindacato, ma hanno diritto al voto i soli Segretari Provinciali, o, in mancanza, un rappresentante da essi designato. Un'apposita Commissione procederà alla verifica dei poteri.

Gli scontrini e le tessere per il ribasso ferroviario potranno essere rilevati dai soci presso i Segretari Generali degli Uffici Provinciali dei Sindacati Fascisti.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Acquapendente (*Viterbo*). — Scad. 15 lug.; vedi fasc. 26.

Ancarano d'Istria (*Venezia Giulia*). *Sanatorio Popolare Generale Carlo Petitti di Roreto.* — Direttore tecnico e amministrativo; docum. alla Segreteria dell'Opera Nazionale Invalidi di Guerra in Trieste (via Timeus 3); età 30-50 a.; docum. a 3 mesi; si richiede di non avere svolte attività contrarie al Regime. Non sarà tenuto conto dei lavori scientifici non pubblicati per le stampe. Nom. annua; conferme quadr. Stip. L. 26,000 e c.-v.; obbligo di alloggio per sè e fam.; 3 quadrienni dec.; interessenza. Prelevam. gratuito generi vitto proprio, fino a L. 3102.50, ed a prezzo di costo per la famiglia a carico. Scad. 30 giorni

dal 21 giugno. Accettaz. entro 10 gg.; assunz. serv. entro 20.

CASTELBOTTACCIO (*Campobasso*). — A tutto 16 luglio; vedi fasc. 26.

CLAUZETTO (*Udine*). — Proroga 15 luglio.

CERIALE (*Savona*). — Con Borghetto S. Spirito; ab. 2282; pov. 200 c.; stip. L. 9400 e 10 bienni ventes.; L. 400 bicicl. Scad. 24 luglio.

FIRENZE. *R. Scuola di Sanità Militare*. — Ammissione di 80 sottotenenti med. di complem. aspiranti alla nom. di ten. med. in serv. perm. Scad. 10 luglio. Vedi fasc. 25.

MANTOVA. *R. Prefettura*. — Uff. san. e medico capo dell'Uff. d'Ig. di Mantova; al 15 lug.; vedi fasc. 25.

MESOLA (*Ferrara*). — A tutto 20 lug.; L. 10,000 e 5 quadr. dec.; assegno complement. L. 3000 variabile secondo le oscillazioni del mercato monetario; L. 2500 cav.; tassa L. 50.15; doc. a 3 mesi dal 15 giu.; serv. entro 10 gg.

MONTECASTELLO (*Alessandria*). — Consorzio tre com.; ab. 1814; L. 7000, oltre L. 1500 trasp., L. 500 uff. san., L. 500 suppl. Scad. 9 luglio.

MONTORIO ROMANO (*Roma*). — A tutto 20 luglio; L. 10,500; addizion. L. 4 oltre 1000 pov.; tassa L. 50.10; età lim. 35 a.

MULAZZO (*Massa Carrara*). — Scad. 15 lug.; 1ª zona; L. 9000 e 5 quadr. dec. oltre L. 2500 cav., L. 500 uff. san.; età lim. 35 anni. Tassa L. 50,15.

ROBBIATE (*Como*). — Consor.; proroga a tutto 31 luglio.

ROMA. *Ministero delle Colonie*. — Il Governo della Tripolitania assume 5 Medici Coloniali con lo stipendio annuo complessivo di L. 16,200 ed alle altre condizioni (che gli interessati potranno conoscere recandosi presso il Sindacato Medico Fascista, via dei Lucchesi 31). La domanda dovrà essere presentata al Ministero delle Colonie entro il 15 luglio.

ROSSANO (*Cosenza*). *Ospedale Civile Nicola Giannettasio*. — Direttore chirurgo primario e tre medici chirurghi ordinari; vedi fasc. 26. Scad. 31 luglio.

S. COSTANTINO ALBANESE (*Matera*). — A tutto 28 lug.; età lim. 35 a.,; triennio di condotta od ospedale; L. 7000; addizion. L. 10 oltre 300 pov.; 6 quadrienni dec.; riconoscim. un quadriennio altre condotte per coloro che non superano 35 a.

TARQUINIA (*Roma*). — L. 20,000 di cui L. 9500 dal Comune e L. 10,000 dall'Ospedale; c.-v.; 5 quadrienni di L. 1000 e altrettanto dall'Ospedale; 2 anni in cliniche chir. od osped. principali documentando di aver ottenuto il posto per titoli od esami. Scad. 20 luglio.

TREQUANDA (*Siena*). — Scad. 14 lug.; per 2 frazioni; L. 8500 e 6 quadr. dec., oltre L. 2428.50 c.-v. (variabile) e L. 3500 cav.; tassa L. 50.15.

URBINO. *Ospedale Civile*. — Chirurgo primario; proroga ore 12 del 10 lug.

BORSE DI PERFEZIONAMENTO.

Il Ministero della P. I. ha bandito il concorso a una borsa di perfezionamento presso un Istituto superiore estero per l'anno scolastico 1927-28 da conferirsi per la Facoltà di medicina e chirurgia.

L'importo di detta borsa sarà uguale a quelle delle borse di perfezionamento all'interno, cioè di L. 6000, aumentato di un supplemento che non potrà essere minore di L. 3000 e non potrà essere maggiore di L. 8000.

Sono ammessi a concorrere coloro che hanno conseguito la laurea da non oltre quattro anni computati alla data di scadenza del concorso.

Le istanze di ammissione al concorso redatte su carta da bollo da L. 3, dovranno pervenire al Ministero della Pubblica Istruzione (Direzione generale dell'istruzione superiore) non più tardi del 31 luglio.

(Per ulteriori schiarimenti consultare la *Gazzetta Ufficiale*, N. 136 del 13 giugno 1927).

BIOGRAFIE.

Il prof. Fr. Kraus.

All'età di 68 anni, ancora nella vivacità delle sue attitudini di scienziato e di maestro, raggiunto dai limiti di età Federico Kraus lascia quest'anno, dopo 33 anni di insegnamento, la 2ª cattedra di Clinica medica dell'Università di Berlino.

Iniziato agli studi in un'epoca nella quale, sotto l'impulso del materialismo dominante in tutti i rami della scienza, la medicina aveva smarrito la concezione dell'unità clinica del malato, Federico Kraus fu tra i primi a tentare di ricondurre verso il concetto della personalità, alla considerazione dei problemi complessi della costituzione, ai quali già da gran tempo i nostri clinici italiani tendevano. In questo indirizzo è stata diretta, si può dire, tutta l'attività scientifica di Federico Kraus, il cui pensiero può essere seguìto nella sua continua evoluzione in tutta la sua copiosa produzione che sta fra le due opere principali: « L'esauribilità quale indice costituzionale » apparsa nel 1902, e la « Patologia della persona », uscita nel 1926. Nè minore è stata la sua opera di maestro: in 25 anni di sua direzione, la 2ª Clinica medica di Berlino è diventata forse la prima della Germania: un istituto che riempiva di meraviglia quanti lo visitavano per la perfetta organizzazione e per la ricchezza delle installazioni e dei mezzi di studio. Dalla sua clinica sono uscite ricerche fondamentali nei campi più svariati, dalla semeiologia fisica alla batteriologia, dalla sierologia alla cardiologia e alla neuropatologia, alla chimica, alla fisico-chimica, ecc., mentre la sua scuola si adornava di nomi quali il v. Bergmann, l'attuale successore, lo Schittelhelm, il De Lachamp, il Brugsch, l'Eppinger, il Löwi, per parlare dei più conosciuti. Non si può non ricordare l'opera fondamentale del trattato di patologia medica, al quale egli ha rivolto la sua opera fino a questi ultimi anni, e che egli potè compiere mediante la quasi esclusiva collaborazione di suoi allievi. A quest'opera classica fanno corona altri trattati non meno noti di suoi allievi, quale quello di tecnica di laboratorio del Brugsch e Schittelhelm, il magistrale lavoro di Lewy sulla paralisi agitante.

Sincero amico dell'Italia, ammiratore profondo del fascismo, legato da personale amicizia con i maggiori dei nostri clinici, Federico Kraus si è dimostrato sempre fiero di collaborare agli scambi culturali fra i due paesi, accogliendo con signorile e cordiale ospitalità nella sua Clinica i nostri studiosi, anche quando, nel dopoguerra, lo chauvinismo tedesco sembrava serrare nei ristretti rancori politici i vasti campi della scienza.

Nel giorno in cui il grande clinico tedesco, ancor nella piena attività, si ritira dagli agoni della scienza, vada a Lui il reverente e cordiale saluto del « Policlinico ».

NOTIZIE DIVERSE.

La lotta contro il cancro in Senato.

Sul progetto relativo ai provvedimenti contro il cancro e i tumori maligni, il relatore professor Marchiafava ha osservato che il cancro è in progressivo aumento, ma che i due provvedimenti contenuti nel Decreto hanno sicura efficacia se verranno bene applicati. Essi concernono l'istituzione nelle varie regioni di Centri di accertamento diagnostico per il cancro e l'attuazione di Corsi di preparazione scientifica e di tirocinii pratici per l'addestramento di un personale specializzato. Per essi sarà possibile una diagnosi pronta, che sarà seguìta dal trattamento curativo più indicato, nel quale rientrano dei mezzi potenti, quali i raggi X e il radio. Questo solo si può fare per ora.

La prevenzione del cancro, insieme alla cura con mezzi curativi eroici che non sono tra i conosciuti, potrà entrare nella via trionfale quando sarà rivelato il mistero della causa vera del cancro. L'oratore ricordò l'opera compiuta dal benemerito Istituto anticanceroso di Milano ed espresse la fiducia che l'atto del Governo e i nobili esempi offerti da Milano e dalla Lega Nazionale presieduta dal sen. Lustig saranno seguiti da altre iniziative. Così, con la collaborazione delle Autorità governative e locali, dei medici, degli scienziati e dei cittadini, si riuscirà finalmente a domare e a vincere anche questo fiero morbo.

Il sott. segr. on. Suardo, ringraziando il sen. Marchiafava, dichiarò che la parola dell'insigne scienziato incoraggia il Governo a proseguire nei suoi studi.

Scuola Superiore di Malariologia.

La Scuola Superiore di Malariologia, voluta da S. E. il Cavaliere Benito Mussolini, e inaugurata con solenne cerimonia in nome del Governo Nazionale il 16 giugno 1927, non poteva sorgere sotto migliori auspici.

In questa Scuola lo studio completo dei problemi malarici, sia nel campo medico, sia nel campo dell'ingegneria, dell'agricoltura e della legislazione, permetterà agli allievi di rendersi edotti di ogni questione che mira a redimere l'uomo dal flagello delle febbri palustri.

Il Governo Nazionale ha voluto creare un Istituto che possa essere utile non solo al medico, ma anche a chi è preposto alla coltivazione e alla sistemazione di terre malsane. L'opera del sanitario non può andare disgiunta da quella degli ingegneri e degli agricoltori: solo una stretta e razionale cooperazione può rendere proficua e valida la lotta contro la malaria.

Con tali propositi e tali vedute, la Scuola Superiore di Malariologia ha già iniziato i suoi corsi.

Per informazioni rivolgersi al direttore prof. Vittorio Ascoli, R. Clinica Medica al Policlinico.

Congresso Internazionale di Idrologia Medica.

Riportiamo il programma provvisorio del « Congresso Internazionale di Idrologia Medica » che si terrà in Italia e che verrà inaugurato il 12 ottobre 1927 in Campidoglio sotto la Presidenza Onoraria di S. E. Benito Mussolini:

Roma, 12 ottobre: Mattino: Discorso inaugurale del nuovo Presidente on. prof. U. Gabbi (Parma) e del prof. Dalla Vedova (Preside della Facoltà Medica di Roma). — Pomeriggio: Seduta di relazione e discussione: « Idroterapia nelle malattie acute », relatori: prof. U. Gabbi, prof. Strasser (Vienna), Sir William Villcox e dottori Forsecue Fox e Suddel; « Le acque di Chianciano », prof. V. Ascoli (Roma). — 13 ottobre: Giornata libera per visitare i principali monumenti di Roma. Alla sera partenza per Montecatini.

Montecatini, 14 ottobre (venerdì): Mattino: Inaugurazione del nuovo Stabilimento Termale. Visita degli Stabilimenti. « Le acque di Montecatini », sen. prof. Queirolo. -- Pomeriggio: Seduta di relazione e discussione. Tema: « Proprietà delle acque medicinali »: *a*) « I bagni termo-minerali, loro azione biologica e indicazioni terapeutiche », prof. Valenti (Milano), prof. P. Marfori (Napoli) e dott. J. B. Burt (Buxton); *b*) « I fenomeni elettrici nelle acque minerali », prof. Chassevant (Algeri) e M. Joseph Roce (Buxton); *c*) « Unità standard internazionale di misura », dott. Judd Lewis (London). — 15 ottobre (sabato): Continuazione della discussione: *a*) « Azione delle acque minerali sulla immunità: funzione antitossica e antianafilattica », dott. Ferreyrolles (la Bourboule); *b*) « Azione delle acque minerali sui fermenti e sui microrganismi », dottori Mougeot (Royat) e M. Woodmansey (Harrogate).

Salsomaggiore, 16 ottobre (domenica): Mattino: « Le acque di Salsomaggiore », prof. L. Zoja (Milano). — Pomeriggio: Seduta di discussione e rapporti: « Processi di invecchiamento delle acque minerali », prof. Zoerkendoffer (Univ. di Praga). - Visita ai vari Stabilimenti. — 17 ottobre (lunedì): Visita facoltativa a Parma: Ospedale Maggiore e Istituti di medicina dell'Università.

Verranno pubblicati ulteriori particolari delle comunicazioni scientifiche e dei trattenimenti.

La Società Internazionale di Idrologia, che organizza il Congresso, conta trecento soci di tutte

le Nazioni ed ha nel suo giornale l'« Archivio internazionale di Idrologia Medica » un potente organo di scienza, di pratica e di propaganda che mostra l'altezza raggiunta dalla Idroterapia come scienza e come arte e ne raccoglie e diffonde le conquiste. Nel 1927 è presieduta dall'on. professor U. Gabbi.

VII Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro.

Si adunerà a Parma il 24 ottobre, proseguendo il 25 per Modena e si chiuderà a Carpi, città natale di B. Ramazzini, il 26 ottobre.

Saranno presentate e discusse le seguenti relazioni: 1) « Patologia da elettricità e raggi X », per i proff. G. Aiello ed E. Pugno Vanoni; 2) « Tubercolosi ed emigrazione », per il prof. G. Allevi. Seguiranno una rivista sintetica e critica del dott. A. Nebuloni dal titolo: « Le intossicazioni professionali dal 1924 » e le comunicazioni scritte.

Al Congresso potranno iscriversi, prendendo anche parte alle discussioni e presentando comunicazioni, i cultori di discipline affini e di sociologia.

Il Comitato Organizzatore locale del Congresso, presieduto dall'on. prof. U. Gabbi, predisporrà per i Congressisti le migliori facilitazioni di soggiorno ed ha già ottenuto le consuete agevolazioni ferroviarie.

La quota d'iscrizione al Congresso, con diritto agli atti, è di L. 25 (per le persone di famiglia L. 10) e dovrà essere inviata al cassiere economo, dott. B. Cavagliano, via S. Barnaba 8, Milano.

Primo Convegno Nazionale della Lega Italiana contro il Cancro.

Sarà tenuto durante i giorni 16 e 17 del prossimo ottobre, nella sede Universitaria dell'Istituto Sieroterapico Milanese.

L'ordine del giorno reca: 16 ottobre: 1) « Statistica sanitaria demografica del cancro in Italia », relatore prof. Niceforo Alfredo; 2) « Metodi di propaganda », relatore prof. Ronzani Enrico; 17 ottobre: 3) « Costituzione ed organizzazione dei centri diagnostici (clinici, radiologici e istologici) », relatore prof. Morpurgo Benedetto; 4) « Assistenza dei cancerosi », relatore prof. Fichera Gaetano; 5) « La disciplina ed il controllo della radiumterapia del cancro », relatore prof. Perussia Felice.

Alla Presidenza della Lega ed a quella del Comitato organizzatore di Milano sono già pervenute numerose adesioni da parte di Enti e di personalità mediche illustri, e vertendo l'O. d. G. su questioni di alto interesse sociale e nazionale, si fa vivo invito ai signori Medici ed agli Enti sanitari di inviare la loro adesione e di intervenire numerosi al Convegno.

Il Comitato organizzatore è presieduto dal prof. Serafino Belfanti; ne sono segretarî il prof. M. Borghi e il dott. Giorgio Dessy.

Si pregano i Sigg. Congressisti che desiderano di prender parte alla discussione degli argomenti posti all'O. d. G. di darne in tempo comunicazione al Presidente del Comitato, prof. Serafino Belfanti, via Darwin 20 - Milano (120).

Congresso Panamericano sulla Tubercolosi.

Il prof. Umberto Carpi, medico primario dell'Ospedale Maggiore di Milano e incaricato di semejotica presso quella Università, è stato invitato a Cordoba, onde partecipare ai lavori del Congresso Panamericano sulla tubercolosi, e gli è stata affidata la relazione sul tema: « Complicazioni della tubercolosi polmonare e loro cura ». Inoltre è stato incaricato di tenere nella Facoltà di medicina di Cordoba cinque conferenze su argomenti attinenti all'infezione tubercolare. Il prof. Carpi ha proposto che queste conferenze siano tenute in forma di un ciclo di lezioni « Sulla cura della tubercolosi polmonare col pneumotorace artificiale ».

Un Convegno a S. Pellegrino per gli studi sugli Stati Uricemici.

Fin dall'anno 1925, in occasione della celebrazione del suo giubileo, la Società delle Terme di S. Pellegrino aveva deliberato di indire una riunione in S. Pellegrino per far illustrare da eminenti studiosi lo stato attuale delle conoscenze e delle tendenze nel campo della clinica e terapia sugli stati uricemici, all'infuori e al disopra di ogni ragione contingente, colla partecipazione di medici, ai quali si sarebbero fatti speciali inviti. La riunione avrebbe dovuto aver luogo nell'agosto 1927.

Ma essendo venuta la notizia che i medici francesi si sarebbero riuniti a Vittel nel giugno per un Convegno consimile, la riunione di S. Pellegrino venne rinviata al luglio 1928 e precisamente ai giorni 15-16. Per questa riunione il prof. Rondoni presenterà una relazione « sulla patogenesi dell'uricemia »; il prof. Pepere « sull'anatomia patologica dell'uricemia ». Il prof. Devoto illustrerà le forme cliniche dell'uricemia. Il prof. Pacchioni (Genova) tratterà dell'uricemia nei bambini.

I relatori presenzieranno alla riunione e risponderanno a tutti i quesiti che saranno posti.

La Società delle Terme di S. Pellegrino sarà onorata di offrire per i giorni della riunione l'ospitalità ad un determinato numero di medici italiani, che, interessandosi agli studi sull'uricemia, le avranno espresso il desiderio di partecipare alla riunione, che, del resto, ammetterà ogni medico, senza alcuna tassa di iscrizione.

Le relazioni e le discussioni verranno riunite in un volume, che sarà poi distribuito a tutti gli intervenuti.

Congresso francese di chirurgia.

L'Associazione francese di chirurgia terrà il suo 36° Congresso a Parigi, presso la Facoltà di Medicina, dal 3 all'8 ottobre, sotto la presidenza del prof. Paul Bégouin, clinico chirurgo di Bordeaux. Temi: 1) « Il drenaggio in chirurgia addominale », relatori Cadenat (Parigi) e Patel (Lione); 2) « Peritoniti ed epiploiti croniche », relatori Lardennois (Parigi) e Silhol (Marsiglia); 3) « Indicazioni e risultati della simpatectomia periarteriosa nella chirurgia degli arti », relatori Leriche (Strasburgo) e Robineau (Parigi). Per informazioni e adesioni rivolgersi al segretario generale, 12, rue de la Seine, Paris (VIe).

L'Ospedale " Antonio Cardarelli ".

Il 18 giugno con grande solennità è stato inaugurato a Campobasso l'Ospedale intitolato ad Antonio Cardarelli. Questa istituzione è stata voluta dal Fascismo che ha dato i mezzi per attuarla.

Sono intervenuti l'on. Martelli, in rappresentanza del Governo, il comm. Citarelli, in rappresentanza del Partito Nazionale Fascista, le autorità, notabilità ed una grande folla.

La cerimonia inaugurale ufficiale si è svolta nel Teatro Sociale. Hanno parlato il Podestà, il Commissario della Provincia, il Segretario Federale, il presidente dell'Ospedale, l'on. Martelli ed il rappresentante del Partito comm. Citarelli. Tutti gli oratori sono stati applauditissimi.

Nel discorso pronunziato per la inaugurazione dell'Ospedale « Antonio Cardarelli » l'on. Martelli ha espresso il compiacimento del Governo per la provvida istituzione civile veramente degna della memoria del sommo clinico del quale ha ricordato con elevate parole l'opera scientifica, la vita intemerata e lo spirito italianissimo che abbracciava entusiasta quanto rispondeva ai supremi interessi della Patria. L'oratore ha soggiunto che Antonio Cardarelli fu modesto perchè fu grande, come è presuntuoso ogni ignorante. L'Italia nuova ispira la sua azione ai migliori esempi del passato esigendo dai propri figli un volenteroso contributo di intelligenza e di attività. L'oratore ha esortato infine ognuno a fare il proprio dovere per assicurare all'Italia la maggiore grandezza.

Indi ha avuto luogo una visita all'Ospedale, già benedetto da mons. Romita vescovo di Bojano. Le autorità sono state ricevute dal Consiglio di amministrazione e dal Corpo sanitario.

Nel Palazzo Municipale ebbe poi luogo un banchetto offerto dal Municipio e la sera un grande ricevimento al Circolo Sannitico.

Commemorazioni di Pinel e di Vulpian.

Con grande solennità sono stati celebrati presso l'Accademia di Medicina di Parigi, nella seduta del 31 maggio, i centenarî di Pinel e di Vulpian, sotto la presidenza dell'on. Herriot, ministro dell'Istruzione pubblica e delle belle arti.

Furono pronunziati i seguenti discorsi: M. de Fleury, « Pinel nosografo e clinico »; G. Dumas, « Pinel psicologo »; G. Hayem, Vulpian medico »; E. Gley, « Vulpian fisiologo »; C. Achard, « La medicina da Pinel a Vulpian ». Seguì una elevata allocuzione del ministro.

Il 30 maggio si è svolta una cerimonia alla Sorbonne, sotto la presidenza di André Faillières, ministro del lavoro, igiene, assistenza e previdenza sociale.

Si sono tenute anche adunanze commemorative alla Salpêtrière, alla Société Médico-psychologique di Parigi e altrove ed è stato recato un omaggio alla statua di Pinel.

Un busto a Gaetano Mazzoni.

Al Protettorato di S. Giuseppe in Roma (via Nomentana), capace oggi di ospitare circa 700 bimbi, è stato inaugurato un busto in bronzo, eseguito dallo scultore Bartolini, con cui i dirigenti dell'opera pia hanno voluto esprimere la riconoscenza del Protettorato verso Gaetano Mazzoni, insigne figlio della terra picena, il quale, alla profonda dottrina seppe unire uno spirito di altissima filantropia, lasciando, alla sua morte avvenuta nel 1922, metà del suo cospicuo patrimonio all'Istituto.

Alla cerimonia sono intervenuti il sen. Marchiafava, il sen. Pestalozza, in rappresentanza del ministro Fedele, il barone Mazzolani, che rappresentava il Governatore, il prof. Quirico, il generale Baduel, il conte Capasso Torre, capo dell'Ufficio stampa del Primo Ministro, S. E. Cassoli, Procuratore Generale della Corte d'Appello di Torino, il comm. Festa, in rappresentanza del Ministero dell'Interno, il Vescovo Castrense monsignor Panizzardi, e altre autorità.

Il Presidente dell'opera pia, dott. Giacomo Rattazzi, ha felicemente rievocato in un discorso tutta l'opera dell'illustre e compianto chirurgo Gaetano Mazzoni, che tanta luce di scienza e di bontà seppe portare nel mondo medico italiano. A nome del Ministro Fedele ha poi pronunciato un lucido discorso il sen. prof. Pestalozza.

Per la lotta contro la tubercolosi.

La cittadinanza romana ha magnificamente risposto, come sempre, all'appello che le era stato rivolto dalla Commissione provinciale antitubercolare, e la Festa del Fiore ha ottenuto il più lusinghiero successo. L'apertura delle cassette ha fruttato circa 38 mila lire, che potranno raggiungere le 40 con le questue delle Chiese, di cui non si conoscono ancora i risultati.

Alla eccellente riuscita di questa benefica festa hanno contribuito molti, a cominciare dal presidente sen. Baccelli e dalla signora Giuseppina Salustri Galli-Baccelli; e a tutti il Comitato ordinatore — presieduto dal prof. Vittorio Ascoli e di cui è segretario generale il prof. Ugo Mariotti — ha rivolto vivi ringraziamenti.

Corso di perfezionamento in tisiologia e lotta antitubercolare.

Si è chiuso in Napoli il 2° Corso di perfezionamento in tisiologia e lotta antitubercolare, inizia-

tosi il 28 aprile nella Scuola Libera Medico-Chirurgica Napoletana. Il corso è stato organizzato dal prof. Andrea Ferrannini, l'indimenticabile organizzatore e presidente del I Congresso e I Esposizione Nazionale Antitubercolare. Al corso, oltre al prof. A. Ferrannini, hanno preso parte i professori Blasi, Calendoli, D'Arrigo, De Amicis, De Bonis, De Stefano, De Vincentiis, Falcone R., Franceschelli, Landolfi, Lenzi, Marotta R., Papale, Pirera, Rosati, Sciuti, Spinetti, Verde. Ciascuno di questi professori ha svolto un lato del corso sui metodi per la diagnosi precoce della tubercolosi in tutte le branche della medicina e chirurgia, a cominciare dalla clinica generale, medica e chirurgica, a venire alle cliniche specializzate, come la ginecologia e ostetricia, pediatria, oculistica, dermatologia, oto-rino-laringoiatria ecc. Durante le 42 lezioni sono state illustrate anche le direttive sulla interpretazione dei fenomeni patologici, i più recenti metodi di cura, la tecnica sulle istituzioni sociali per la profilassi, con il sussidio di esercitazioni dimostrative, di visite ai dispensarî, alle scuole-asilo, alle stazioni elioterapiche, ai preventorî, agl'istituti radiologici, agli istituti siero-vaccinoterapici, alle colonie agricole. Agl'iscritti è stato rilasciato un diploma.

All'Associazione Sanitaria Milanese.

Come abbiamo già avuto occasione di annunciare in un numero precedente, il nuovo Consiglio Direttivo, presieduto dal prof. Pietro Boveri, ha deciso di tenere, al primo e terzo giovedì di ogni mese (esclusi i mesi estivi di luglio, agosto e settembre) delle « Conversazioni cliniche », nelle quali — senza alcuna veste cattedratica — vengono esposti e discussi dei casi pratici, sia di medicina, che di chirurgia o di specialità, che gli intervenuti credono di particolare interesse od importanza.

Le conversazioni, molto utili ed istruttive, analoghe a quanto si fa all'estero « ora Clinica » di Vienna) e in altre città d'Italia (Roma, Padova, ecc.) vennero iniziate a Milano nella sede della Associazione Sanitaria Milanese in via S. Paolo 10, il 19 maggio u. s.

Possiamo ora dare brevemente la cronaca delle prime due conversazioni.

Nella prima del 19 maggio venne da un egregio medico condotto esposto un caso occorsogli nella sua pratica privata di « probabile tumore del mesenterio ».

Nella seconda conversazione che ebbe luogo il 2 giugno un distinto chirurgo ha invece esposto, presentando anche i pezzi anatomici, alcuni casi di colecistite gangrenosa parziale e totale.

Queste « conversazioni cliniche », nel modo in cui sono state impostate, semplice e serio insieme, verranno sempre più apprezzate dai Colleghi di Milano e fuori, i quali possono liberamente intervenirvi.

Un aeroplano sanitario.

Nei giorni scorsi, proveniente dalle Officine Meccaniche di Marina di Pisa, è giunto in volo a Roma, sul campo di Centocelle, un aeroplano sanitario che porta il nome di « Mercurio ».

È il primo apparecchio del genere che è stato costruito tutto in acciaio e duralluminio, della cui produzione ormai l'Italia nuova si è completamente resa indipendente dall'estero.

In questa occasione il campo di Centocelle è divenuto mèta di note personalità scientifiche, mediche e militari dell'Urbe. Era presente anche l'on. Balbo.

Il ten. col medico Di Nola, direttore del servizio sanitario dell'Aeronautica, fece gli onori di casa accompagnando gli illustri convenuti nella visita minuziosa di questo apparecchio, il quale è dotato di una comoda cabina particolarmente attrezzata per il trasporto in barella di due feriti o malati gravi, di 4 feriti trasportabili seduti e di un medico, oltre a due piloti che hanno i propri posti in uno speciale compartimento anteriore all'ampia cabina dei feriti.

Tutti i visitatori poterono compiere un giro pittoresco sui Castelli romani e sulla Capitale, in vista del mare, e far ritorno a Centocelle dopo un'ora di delizioso volo e controllarono le ottime qualità statiche del « Mercurio » a bordo del quale, per la mancanza assoluta anche delle più lievi scosse, è possibile compiere non delle semplici medicature, come per esperimento è stato fatto, bensì degli atti operativi.

I medici condotti e i corsi di puericultura.

L'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia comunica:

L'on. Blanc, regio commissario straordinario per l'Opera Nazionale protezione maternità e infanzia, raccomanda a tutti i Podestà del Regno che facilitino per quanto possibile l'iscrizione dei medici condotti dipendenti ai corsi di perfezionamento in puericultura che saranno tenuti in molte città durante i mesi estivi.

L'importanza di tali corsi per la protezione della maternità e l'infanzia non può sfuggire ad alcuno e i Podestà si renderanno benemeriti collaboratori nell'azione che ha per fine il miglioramento della stirpe, voluto dal Duce favorendo nella più larga misura l'iscrizione dei medici condotti dipendenti a tali corsi.

Istituto per le ricerche psico-fisiologiche sull'aviazione in Firenze.

Questo istituto recentemente è stato intitolato al compianto prof. Gino Galeotti a ricordo del grande impulso che l'eminente biologo italiano dette alle ricerche psico-fisiologiche sull' aviazione.

Istituto actinologico a Parigi.

È stato organizzato a Parigi un Istituto di Actinologia, alle dipendenze del Ministero della P. I.; esso sorge nel quartiere Vaugirard (passage Dombasles 6); è destinato esclusivamente allo studio dei raggi ultravioletti. È diretto dal dott. Jean Saïdman col concorso dei dottori Colanéri, Dufestel, Robine, Monceau e Roger Cahen.

L'attrezzatura per la produzione dei raggi attinici è forse la più ricca e completa che oggi si possegga. Vi sono stanze destinate esclusivamente alle lampade a vapori di mercurio, altre per lampade ad arco che riproducono una luce molto affine a quella solare. Un reparto per rachitici ha le pareti rivestite di fibrocemento, con lamine di alluminio che riflettono i raggi ultra-violetti e infra-rossi filtrati e selezionati, provenienti dall'alto; i bambini, quasi nudi, hanno gli occhi protetti da lenti impermeabili ai raggi attinici. Vengono curati anche il lupus e varie dermatosi, l'asma, ecc.

Letteratura sulle neurosi del cuore e dei vasi sanguigni.

Il prof. Giovanni Galli ha in lavoro una monografia sulle neurosi del cuore e dei vasi sanguigni e prega vivissimamente i direttori degli Istituti e tutti i colleghi, perchè vogliano mandargli i loro lavori su questo argomento, desiderando che tutta la letteratura italiana venga presa in completa e massima considerazione. Indirizzo: Prof. Galli - via Antonio Stoppani, 17 - Lecco.

Per il Savio Giudice: Livio Tempestini

Si è spento il 28 giugno in Roma LIVIO TEMPESTINI, Presidente di Sezione della Cassazione del Regno.

Io desidero presentare dal *Policlinico* le condoglianze alla famiglia e l'ossequio all'ingegno, al carattere, alla forte e simpatica figura dell'eccelso magistrato. E vorrei che tutti i medici d'Italia s'associassero a me nel mandare il rimpianto alla memoria di quest'uomo dalla forte volontà e dai severi propositi di giustizia.

Molti anni fa, quando gli ordini dei medici non avevano alcun riconoscimento giuridico, io presiedevo l'Ordine di Roma, ed egli era Presidente del Tribunale. Non avevo la ventura di conoscerlo. Mi presentai a lui per denunciargli che le perizie giudiziarie si affidavano spesso per favoritismi e non per ragione di competenza, che erano compensate in maniera arbitraria, ecc. Egli dette immantinenti ordine che nessuna perizia fosse pagata senza il visto dell'Ordine dei medici; ed iniziò una procedura che ha continuato a dare frutti benefici.

In parecchie lamentele o controversie, ch'ebbi a presentargli trovai sempre la stessa volontà, decisa per la giustizia e contraria ad ogni ingerenza anche di suoi superiori.

Cessata la mia funzione di Presidente dell'Ordine, non ho più avuto occasione di incontrarmi con questo magistrato dalle forti e oneste iniziative e meritamente salito ai fastigi della carriera, ma sento il dovere di tributare alla memoria di lui l'omaggio dell'ammirazione che ho nutrito sempre nel cuore. Mentre sono sicuro che i medici italiani s'uniranno a me in questo tributo di riconoscenza, m'auguro che i giusti interessi dei medici trovino sempre nella magistratura italiana uomini della tempra del giudice Livio Tempestini.

VITTORIO ASCOLI.

Ha posto volontariamente fine alla sua vita il dott. prof. CALISTO BUA, nato a Oschiri (Sassari) nel 1886; fu assistente ospedaliero a Sassari e poi assistente e aiuto alle Cliniche Ostetriche di Parma e di Padova; lascia lavori apprezzati, tra cui la tesi di docenza sui tumori del legamento largo, sulle cisti dell'ovaio ecc. Gli si schiudeva una promettente carriera.

A. P.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI, Red. resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIV Roma, 11 Luglio 1927 Fasc. 28

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

CONFERENZE.

La missione della Scuola Superiore di Malariologia.

Discorso per l'inaugurazione del I Corso

del prof. VITTORIO ASCOLI.

Con l'intuito sicuro dell'Uomo di Stato, appena il nostro Capo del Governo conobbe l'attuale svolgimento degli studi sulla malaria in Italia e presso le Nazioni civili, pensò che una Scuola di Malariologia dovesse sorgere fra noi; e, con la abituale prontezza, al pensiero fece seguire il provvedimento e l'azione.

L'Italia è la terra classica della malaria. Se questa endemia, che colpisce con predilezione i lavoratori della terra, ha desolato nei secoli molte regioni della Penisola e ha pesato gravemente sui loro storici destini, ha pure suscitato in ogni epoca studi e provvedimenti che attestano la vivacità e la potenza del nostro genio.

Per rispetto dell'uditorio che onora l'inaugurazione della Scuola di Malariologia, non farò un discorso sull'evoluzione storico-sociale della malaria in Italia; ma dirò brevemente della missione della Scuola, che oggi sorge in Roma. Sorge qui, non solo per trarre auspicio dall'epoca storica che nel magico nome di Roma ora si viene svolgendo, ma perchè la Città, nata immortale, ha resistito alla malattia che l'assediava da presso, l'ha domata, l'ha vinta ormai, per riprendere, con rinnovato vigore, la via della grandezza.

*
* *

La malaria costituì già la preoccupazione dei mitici fondatori dell'Urbe, se crediamo alle parole di Cicerone, il quale riferisce che Romolo scelse, *in regione pestilenti*, una località abbondante di fonti e salubre. Quei codici che resero singolare l'ordinamento della Repubblica romana, prima che delle *leggi*, trattano degli *alberi* e delle *acque* cioè della coltura dei campi, della redenzione dei luoghi palustri, della conservazione delle selve e degli alberi sparsi, ecc.

Lo sviluppo dell'agricoltura, che costituì la forza di Roma, spingeva gli uomini politici ad occuparsi con insistenza e con passione di agricoltura. Varrone, che scrisse negli ultimi tempi della *Repubblica*, nel suo trattato *De re rustica*, oltre a dare consigli sull'agricoltura e sulla sede delle abitazioni, espone sulla natura della mala-

ria, un'opinione che pare una profezia, poichè pensa che la malaria sia prodotta *da animali minuti che non possono percepirsi con gli occhi.*

Celso descrisse in modo sorprendente il particolare e svariato andamento delle febbri malariche.

E, per segnare soltanto le grandi tappe della storia, ricorderò che Lancisi perfezionò l'esperienza secolare sui danni delle acque stagnanti e sopratutto sul nocumento delle paludi.

Devo qualche accenno di più alla scoperta del rimedio specifico. Verso la metà del XVII secolo, dopo che la contessa di Cinchon accreditò la corteccia che guariva le febbri della provincia di Loxa nel Perù, il rimedio fu presto portato e diffuso in Europa. Qui trovò più contrasti che consensi. Sostenitori convinti ne furono specialmente gli Italiani, e fra essi i medici di Roma, il De Fonseca, il Fabbri (detto Conygio), il Sinibaldi, ai quali i Padri Gesuiti avevano portato, tra i primi nel Vecchio Continente, *la Corteccia miracolosa.*

Nella nebbia del puro nosografismo era difficile distinguere la febbre di una natura da febbri di un'altra natura; i medici europei mal si orientavano nello stabilire in quali febbri la china giovava. Il grande Sydenham ha asserito essere la china l'unica sostanza che meritasse davvero l'epiteto di *specifico*, e ciò induceva dall'osservazione che curasse la quartana senza espellere gli umori.

Di lì a poco invece (alla metà del XVIII secolo) il Torti, modenese, dimostrò, non con ragioni teoriche, ma in base ad una larga e sicura esperienza di casi clinici, l'*azione curativa della polvere di china contro tutte le febbri di natura intermittente.* E nelle febbri di natura intermittente egli incluse non soltanto le febbri periodiche, ma con una non mai superata descrizione, insegnò a unirvi la multiforme e complessa varietà di quadri morbosi delle perniciose. E, per la disgiuntiva logica necessaria ad affermare la specificità del farmaco, aggiunse che *nelle febbri d'altra natura la china non giovava.* Anche questa seconda proposizione ei dedusse dalla constatazione dei fatti. Le leggi derivate dai fatti hanno sempre grande portata. Le proposizioni enunciate da Torti hanno dato la dimostrazione logica e mai smentita della virtù specifica della china. Costituiscono inoltre nella storia il primo argomento di prova che la febbre non è in sè, ma nella causa onde è promossa.

Un lungo ed oscuro periodo storico seguì, nel quale le osservazioni di Torti passarono misconosciute e confuse, finchè Baccelli verso la metà del secolo XIX le illustrò e le chiarì alla luce d'un'esperienza clinica tanto acuta quanto avveduta. La clinica della malaria era la sua mercè richiamata alle pure fonti dell'osservazione.

Laveran trovò nel 1882 il germe della malaria, ma per verità ne descrisse soltanto alcune delle forme più grossolane. Se Marchiafava e Celli, che nella scuola romana avevano appreso la clinica della malaria, non avessero riconosciute come fasi del parassita parecchie altre forme più fine, e non avessero dimostrato i rapporti costanti delle febbri malariche con esse, e soltanto con esse, la scoperta di Laveran sarebbe forse caduta nel nulla.

La prova ulteriore, decisiva, che le forme descritte erano di natura parassitaria si deve ad un altro grande italiano, a Camillo Golgi, che scorse tra le forme parassitarie il legame e la progressione.

Quando di lì a poco — riconosciuto che il parassita della malaria appartenesse alla classe dei protozoi — si cercò e si determinò l'ospite intermediario, in cui si moltiplicava e da cui veniva inoculato, noi dobbiamo porre il nome di Grassi accanto a quello di Ross. Una serie di autori italiani parteciparono a tali ricerche, fra cui Bignami, Dionisi e Bastianelli.

La dottrina anofelica fu accolta, sviluppata, applicata, prima che ovunque in Italia. Come la specificità della china fu la base della cura dei malarici, la dottrina anofelica costituì il fondamento razionale della profilassi.

Lo Stato secondò il nuovo movimento profilattico con impegno e con fiducia. Con l'aiuto dello Stato si sperimentarono la profilassi chininica integrata nella bonifica umana, la difesa meccanica dell'uomo dagli anofeli, la distruzione delle larve e delle zanzare, la piccola bonifica, la grande bonifica, la coltura dei campi, l'influenza dei pesci, ecc. Di ogni tentativo, praticato sia isolatamente, sia in associazione e in armonia ad altre misure preventive, abbiamo nelle singole regioni d'Italia saggi ben condotti, dove con risultati buoni e permanenti, dove con risultati scarsi e transitori, dove con risultati illusori.

Su i singoli sforzi si sono accese tra noi discussioni appassionate che, se hanno momentaneamente velato le conclusioni, hanno reso poi più fulgido il vero. Appare ormai cosa pacifica che le singole misure devono adattarsi alle condizioni fisiche dei luoghi, alla gravità dell'endemia, ai costumi di vita degli abitanti, e riescono allo scopo solo se applicate con precisione e con perseveranza. Ma altrettanto evidente ora appare che esse rappresentano soltanto dei mezzi indiretti, con i quali si può giungere a coltivare proficuamente la terra.

Una regione non potrà dichiararsi libera dalla malaria, fino a che essa non sarà utilmente col-

tivata. Solamente la coltivazione della terra porta a risultati definitivi e permanenti nella lotta antimalarica.

Nessuna nazione come l'Italia conserva della lotta antimalarica vestigia così gloriose del passato, vanta contributi storici così insigni, mostra nei sacrifici e negli ardimenti volontà così decisa, passione così ardente.

Con simile passato, e dopo i risultati raggiunti, potevamo lasciar servire la nostra Penisola, sto per dire, quale compartimento coloniale della scienza straniera? Potevamo noi contentarci di ostendere alla pietà e allo studio altrui le residue piaghe della lotta antimalarica, le quali noi scientificamente conosciamo, le quali noi, da noi, veniamo efficacemente curando, con iniziative nostre, con mezzi nostri?

Quest'assurdo stato di cose comprese lo spirito veggente di Mussolini, e volle che in Roma, con spirito italiano e cioè con una organizzazione consone alla odierna maturità del nostro pensiero sorgesse la Scuola di Malariologia.

La Scuola moderna di malariologia penserà certamente ancora all'educazione del medico, con lo studio del parassita nell'organismo e dei suoi effetti biologici, con la conoscenza dell'anofele e de' suoi costumi, per conferirgli conoscenze di patologia ed esperienza di malati e insieme indirizzarlo alle norme profilattiche; ma si preoccupa già di istruirlo sulle condizioni fisiche e sulla vita dell'ambiente palustre, perchè meglio comprenda e diriga le misure preventive. Anche l'opera d'un medico così evoluto, è impari alla vastità e alle difficoltà della lotta antimalarica.

Noi medici possiamo andare orgogliosi e soddisfatti non solo, perchè abbiamo appreso a guarire sicuramente i malarici, ma perchè abbiamo saputo sviscerare i problemi relativi al modo come la malaria si prende e come si previene, dischiudendo con i nostri studi scientifici larghissimo e proficuo campo alle bonifiche e alla agricoltura. Ma noi dobbiamo avere ora il coraggio di fare olocausto di ogni nostra ambizione per il bene e il vantaggio dell'umanità. Lo studio del malarico offre ancora larga mèsse ai nostri studi; ma noi che siamo stati i pionieri della lotta antimalarica, pur restandone apostoli ferventi e collaboratori efficacissimi, dobbiamo riconoscere che essa dev'essere completata e stabilizzata dall'ingegneria sanitaria e dall'agricoltura.

Avendo io avuto l'incarico, e quindi avendo assunto la responsabilità, di ordinare la Scuola, tenni francamente conto di ciò, e riconobbi che il perno del movimento antimalarico si è spostato: dall'uomo è passato all'ambiente esterno. Per sradicare la malaria da una regione, l'uomo ne trasformerà le condizioni geofisiche, specialmente in rapporto alla disciplina delle acque; ne dovrà cambiare la flora, cioè la coltura agricola, la fauna, cioè la specie degli animali che vi alleva o sopporta. La trasformazione della vita vegetativa e animale d'una regione ne cambierà subito il rendimento economico.

L'uomo, che con il suo sforzo avrà, per così dire, cambiato la faccia della terra, si sarà in compenso liberato della malaria e guadagnata una salute, che gli darà la gioia della vita e del lavoro.

Il nuovo orientamento profilattico, che dovrà essere predisposto con criteri tecnici larghi e precisi, armonizzati tra loro e proporzionati ai mezzi finanziari, va dal rimboschimento alla regolarizzazione del corso dei fiumi e dei torrenti, dalle bonifiche idrauliche all'apertura di comunicazioni stradali, alla costruzione di case, all'introduzione di macchine agricole, alla ripopolazione di plaghe abbandonate, alla coltivazione fruttifera dei terreni, e costituisce quella trasformazione del terreno che con termine sintetico oggi si chiama *bonifica integrale*.

I problemi del risanamento del suolo, con o senza spezzamento del latifondo, si ripercuotono nella economia pubblica, per i poderosi aiuti finanziari che richiedono e per la produzione di ricchezza che determinano. Da noi, ancora lo Stato, con molte provvidenze aiuta tutte queste iniziative destinate a mettere in valore i tesori delle fertili zone rimaste per secoli abbandonate, assumendo funzioni del più alto significato sociale e creando complessi rapporti giuridici e amministrativi.

Una moderna Scuola di malariologia ha dunque un campo immenso di studi e di applicazioni. Ciò serva a giustificarmi di fronte a coloro che, scorrendo il programma della Scuola, lo troveranno troppo largo, o anche eterogeneo. La lotta antimalarica, dal campo medico passando nel campo sociale, s'è arricchita di organi nuovi e di più complesse funzioni.

La Scuola così ordinata mostrerà agli stranieri con quali metodi e con quali speranze l'Italia stia combattendo la lotta antimalarica. In ciò non è esibizionismo nazionalistico; è la convinzione che uno studio serio, profondo, scientifico, ha bisogno dell'ambiente, dove vive la tradizione, dove si svolgono le esperienze, dove, in armonia con le cose, è la preparazione degli spiriti.

Ma oltre o forse più che agli stranieri, la Scuola di malariologia è necessaria a noi italiani. I nostri medici non hanno tempo (e in molte Università non hanno modo) di conoscere la malaria, com'è necessario. Più remota dai bisogni della lotta antimalarica è la preparazione degli ingegneri e agricoltori: mancano di fondamenti bio-

logici e fors'anche di sufficienti conoscenze giuridiche ed economiche, per affrontare in pieno il problema della sradicazione della malaria.

E come in questa Scuola si formerà un corpo tecnico di medici, ingegneri, agricoltori e proprietari che sappiano sfruttare, senza sacrificio inutile di vite umane e con il maggiore rendimento economico, le energie della terra, così si verrà addestrando un corpo di funzionari specializzati che sappiano sorvegliare e guidare questo movimento destinato a risanare e rendere proficue migliaia di ettari di terreno, ora paludose e malsane.

I medici militari delle varie categorie (guerra, marina, aereonautica) acquisteranno un ricco bagaglio di conoscenze, da applicarsi con vantaggio, nelle condizioni molteplici in cui esplicano la loro attività in pace e in guerra.

Finalmente un altro compito avrà la Scuola di malariologia nel futuro. I problemi fondamentali della malaria sembrano in gran parte risolti. Ad essi sono sottentrate, per necessità tecniche, molte questioni particolari, essenziali per sè, ma che rendono difficile la comprensione sintetica. Noi riteniamo che, nel complesso degli insegnamenti della nostra Scuola, potranno i giovani avere la visione del problema malarico moderno e sentire la passione che schiude la via al progresso. La passione è indispensabile; è però altrettanto necessario che sia congiunta a una precisa educazione tecnica, alla pratica sicura dei più fini mezzi d'indagine moderna. L'attuale Scuola di malariologia, per giungere a questo intento, dovrà essere seguita a breve distanza da un apposito Istituto nel quale gli allievi trovino libri, giornali, ma sopratutto laboratori, che loro consentano acquistare cultura soda e tecnica completa e precisa. Questo Istituto sarà il centro propulsore delle ricerche scientifiche, la guida illuminata nello sviluppo e nella realizzazione della lotta antimalarica; manterrà all'Italia l'antica preminenza negli studi sulla malaria. Nella titanica lotta tra l'uomo e la terra da fecondare, la moderna civiltà ha superato condizioni che si consideravano inesorabili.

La redenzione delle zone palustri all'agricoltura, che darà sanità alla massa degli agricoltori e incremento alla pubblica economia, sarà presto un fatto compiuto, se noi, fidenti nella nostra esperienza e nelle nostre forze, seconderemo le feconde iniziative del Governo Nazionale, coscienti dei supremi bisogni sociali dell'Italia nuova e dedicato a sollevare la terza Italia alla grandezza a cui la Storia la chiama.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE S. PAOLO
S. ANGELO IN VADO (PESARO)

Su di un accidente postoperatorio non comune.

(Paralisi spinale flaccida in soggetto operato di ovariectomia bilaterale per tumore)

per il dott. COSIMO LEO, chirurgo direttore.

L'ammalata entra d'urgenza in ospedale, il 25 novembre 1926, senza diagnosi di ammissione. La sua storia appare semplice e precisa: dico appare, poichè, trattandosi di un soggetto con facoltà intellettive piuttosto ridotte, bisogna porre qualche riserva sulle notizie che essa riferisce.

Ad ogni modo, succintamente, è questa: la bambina, che ha sedici anni compiti, che nella prima infanzia sofferse di rachitismo del quale ancora si vedono le traccie, e che non ha mai mestruato, fu nell'autunno del 1925 presa da dolori abbastanza forti all'ipogastrio che durarono circa una settimana e che poi si dileguarono senza lasciar traccia. Un anno dopo, nel settembre del 1926, viene presa dagli stessi dolori che durano all'incirca un ugual periodo di tempo e che poi ugualmente scompaiono. Un mese dopo quest'ultimo episodio (primi di ottobre 1926) l'attacco doloroso si ripete per la terza volta in maniera più accentuata. La paziente, che fino al giorno prima aveva atteso al suo abituale lavoro dei campi, viene presa improvvisamente, nella notte, da dolori ipogastrici e perineali con qualche irradiazione lungo gli arti inferiori e al dorso. Nei giorni successivi i dolori aumentano sempre più e si generalizzano in tutto l'addome, mentre compare qualche conato di vomito, e poi vomito completo, singhiozzo, alvo stitico, disuria accentuata. Cessato in qualche giorno questo stato, e dopo oltre un mese di discreto benessere, l'ultimo quadro testè descritto si ripete ancora una volta e con maggiore gravità. Questa è tale che la ragazza è costretta a letto per diversi giorni; inoltre il decorso appare ai familiari sempre più pericoloso poichè a tutti gli altri segni si aggiunge questa volta febbre e tumefazione dell'addome.

Tale era la sintomatologia all'entrata della paziente. Obbiettivamente: aspetto di ragazza molto sofferente, con gote arrossate e guancie pallide, lingua arida, sguardo fisso; nulla di anormale negli apparati respiratorio e vascolare, all'infuori di una accentuazione del loro ritmo funzionale, poichè in ogni minuto si contano 30 respiri e 100 pulsazioni. L'addome si presenta fortemente ed uniformemente disteso in tutti i suoi quadranti; null'altro si rileva all'ispezione. Alla palpazione si è subito colpiti dalla presenza di una massa endo-cavitaria posta in corrispondenza dell'ombellico, dolente, di forma ovoidale, grossa come un cedro, ballottabile e mobile in tutte le direzioni, disposta a grand'asse trasversale. La consistenza non si può bene apprezzare poichè il vivissimo dolore che si provoca impedisce una minuziosa indagine palpatoria, ad ogni modo,

questa sembra parenchimatosa-elastica. Subito sopra il pube un altro corpo di uguale consistenza, ma più piccolo, che dà l'impressione di essere contenuto nel piccolo bacino e di fare sporgenza con la sua parte superiore al di sopra dell'arco pelvico. Tra l'una e l'altra massa un intervallo libero la cui presenza fa pensare che le due masse o sono affatto indipendenti ovvero sono congiunte tra loro da un sottile istmo che non si può mettere in evidenza. La palpazione sul restante ambito addominale risveglia ovunque vivo dolore ma non dà altri rilievi. La percussione dà suono ottuso sull'area di proiezione delle due masse, altamente timpanico all'infuori di queste e in un territorio compreso entro due linee tirate verticalmente per la metà degli archi costali. All'esterno di queste due linee il suono di percussione diviene ipofonetico, e alla regione declive dei fianchi è completamente ottuso. Tale limite di ottusità è inoltre mobile coi cambiamenti di posizione dell'ammalata.

Si procede all'esplorazione vaginale cercando di rispettare, nei limiti della possibilità, le condizioni dell'imene intatto. Col dito si avverte che la sommità della vagina è occupata dalla cervice uterina in minima parte e posteriormente a questa da un corpo che riempie tutto il piccolo bacino, i cui confini non si possono dunque stabilire. La pressione su questa massa risveglia dolore, e i movimenti che le si possono imprimere sono limitatissimi. L'esplorazione bimanuale combinata mette in evidenza: 1° che la massa posta subito sopra la sinfisi pubica e quella avvertita nella pelvi con il dito esploratore non sono che i due estremi di una medesima massa; 2° che il corpo ovoidale retroombellicale, non fa corpo con la precedente poichè, imprimendo dei movimenti, questa si muove liberamente senza trasmettere alcuna sensazione del movimento al dito esploratore. Con piccolo speculum bivalve si cerca di osservare de visu le condizioni locali, ma questo esame è quasi infruttuoso poichè non si riesce a vedere nemmeno l'orificio uterino essendo il collo così respinto, quasi schiacciato nel fornice anteriore, che il volerlo stirare con pinze per l'osservazione riuscirebbe cosa imprudente oltre che vana.

Questo è lo stato subbiettivo e obbiettivo dell'inferma all'entrata in ospedale; si aggiunga che la temperatura, la quale nei giorni precedenti si era mantenuta tra i 37.5 e i 38 gradi, era salita bruscamente a 39.5. Sulla diagnosi, a dirla schietta, non mi sentivo perfettamente orientato. Tuttavia pensai a questa possibilità clinica: tumore dell'ovaio ed ematosalpinge. Ed ecco in che maniera ragionavo per giungere a questo pensiero: la ragazza ha avuto una storia recentissima, e un episodio un po' più lontano, di dolori accessuali, periodici a ricorrenza mensile, a sede verosimilmente genitale: È vero che nessuna condizione locale (imperforazione dell'imene, atresia vaginale o dell'orificio uterino) si è potuto riscontrare, ma vi è una condizione di cose che potrebbe spiegare una ritenzione del flusso mestruale, ed è precisamente la presenza di quella massa avvertita nel piccolo bacino la quale potrebbe col suo continuo accrescimento, avere compresso e deformato il collo dell'utero, così da impedire l'uscita del sangue attraverso il canale cervicale; di qui ritenzione di questo nell'utero e nella tromba. E la prima massa palpata subito sotto l'ombellico, mobile, dolorosa, che non fa corpo con l'altra, di consistenza parenchimatosa-elastica può così interpretarsi per una delle due trombe fortemente distesa e ripiena di sangue. Quanto poi alla presenza di versamento libero nella cavità peritoneale, questo può essere un trasudato per compressione di qualche tronco venoso, ovvero sangue derivante da emorragie mestruali endoperitoneali (reflusso attraverso il padiglione tubarico) o infine, più probabilmente, ascite propria delle forme non benigne dei tumori ovarici; versamento che in qualunque caso si sarebbe secondariamente infettato. Con questa diagnosi di probabilità, ma disposto a trovarmi di fronte a eventualità tutt'affatto differenti, sottopongo l'ammalata all'intervento immediato, dopo avere eseguito la necessaria preparazione.

Atto operativo. — (Dott. Leo) 25-11-26. Narcosi eterea a decorso regolare. Incisione lunga circa 20 centimetri che parte 2 cm. al di sopra del pube, decorre per la linea mediana fin presso l'ombelico, indi devia a sinistra di questo sorpassandolo di circa due dita trasverse. Aperto il peritoneo fuoriesce un forte getto di liquido nerastro (liquido ascitico misto a sangue emolizzato). Dopo aver favorito l'uscita della maggior parte di questo liquido (oltre due litri), si passa ad esplorare la cavità peritoneale. Nella parte media di questa, si trova una massa grigio-rosea reniforme, che giace sulle matasse intestinali poste al di sotto. Sollevata questa massa si vede subito che questa appartiene all'ovaio di sinistra anzi che non è altro che l'ovaio stesso trasformato neoplasticamente nella sua totalità, in maniera che nessun resto di tessuto ovarico normale è più riconoscibile. Applicati due robusti Klemmer sul peduncolo del tumore, costituito dalla parte iuxta-uterina della tuba, e altri due Klemmer sul legamento largo para-ovarico, si asporta il tumore e la tromba. Liberata così la cavità addominale dal tumore, si dirige l'osservazione verso il bacino, dove si constata la presenza di un corpo sferoidale, che sopravanza l'arco pelvico di circa due dita trasverse. Questo, per la sua posizione e per le sue dimensioni, è a così perfetta tenuta con lo scheletro pelvico che riesce difficile mobilizzarlo sia con le dita sia con robuste Museux traenti sulla parte sporgente. Con una leva piatta e leggermente curva sul piatto alla sua estremità, si riesce a passare tra tumore e parete pelvica in corrispondenza della sinfisi sacro-iliaca destra e ad enuclearlo dalla sua loggia pelvica. Appena reso libero questo secondo tumore avente gli stessi caratteri del primo, si dimostra non essere altro che l'ovaio di destra analogamente trasformato in tumore. Si applicano anche qui due robusti Klemmer sul peduncolo, altri due sul meso-ovario e si asporta il tumore con la tuba. Residuano così due superfici di sezione, una a destra, l'altra a sinistra dell'utero, il quale si presenta piccolissimo, atrofico, flaccido, a tipo rudimentale. Si suturano con alcuni punti staccati in catgut le due superficie di sezione allacciando i vasi principali, indi si peritoneizza con una seconda sutura. L'utero viene così lasciato in posto senza toccarlo. Il Douglas è completamente libero e normale; con compresse si prosciuga la cavità addominale dal liquido ematico restante. Il peritoneo all'infuori

di un colore grigio-roseo un po' più marcato del normale, non presenta segni spiccati di flogosi. Si chiude la ferita laparatomica a strati, quelli profondi in catgut, quello cutaneo in seta.

Il decorso postoperatorio è dei più regolari. Dopo alcune ore dall'intervento la temperatura discende a 37.5, il giorno successivo scompare definitivamente. La ferita si chiude per prima. In seconda giornata si levano i punti, in 16ª l'inferma si alza per poche ore, in 18ª giornata viene dimessa.

E qui due parole sulla anatomia patologica delle due masse asportate. La prima massa, appartenente, come si è detto, all'ovaia di sinistra, ha la forma perfetta di un rene con un margine convesso, un margine concavo, due poli e due faccie anche queste molto convesse; le sue dimensioni sono di 15 cm. per l'asse maggiore, 8 cm. tra i margini, 7 cm. tra le due faccie. Il peso è di grammi 500; la consistenza è parenchimatosa, però di una friabilità particolare poichè il dito si infossa con facilità nel tessuto sbriciolandolo. Il colore è grigio-rosa opaco, ma quel che più risalta è la presenza di numerose vescicole appiattite di colorito nerastro, grosse da una lenticchia fino a un doppio soldo di moderno conio, sparse sulla superficie in numero di una trentina all'incirca. Il contenuto di queste piccole cisti appiattite è ematico; il sangue è nerastro, modificato, in qualcuna coagulato. Qua e là si vedono residui di cisti, o cisti con parete rotta e fuoriuscita del contenuto ematico: questo spiega il reperto di idroemoperitoneo. La superficie di sezione appare bianco-grigiastra, omogenea, uniforme senza vasi, in ogni punto ugualmente friabile. La seconda massa ha gli identici caratteri fisici e morfologici or ora descritti, all'infuori delle sue dimensioni che sono un po' più piccole e del peso che è corrispondentemente minore. (Grammi 420). Sul margine concavo di ciascun tumore è addossata la tromba, grossa come un pollice, enormemente allungata e ingrossata e fortemente congesta. L'esame istologico praticato per l'uno e per l'altro tumore dimostra trattarsi di due tipici sarcomi parvicellulari.

L'esito dell'atto operativo non poteva apparire più fortunato, anche se, dopo conosciuta la natura maligna dell'affezione, non si potesse sperare un risultato definitivo. Ma un fatto, assolutamente inaspettato, viene a complicare le cose assai presto e irrimediabilmente. Dopo tre giorni dall'uscita, giunge notizia che la paziente non può tenere la stazione eretta, e che perde spontaneamente l'urina. Di ciò i parenti si sono accorti al mattino, mentre il giorno precedente, fino a tarda ora, l'inferma era stata benissimo. Ordino di riportarla in ospedale. Riscontro: addome enormemente disteso; nei quadranti inferiori un corpo elastico di consistenza cistica situato sulla linea mediana che sopravanza il pube e arriva fino all'ombellico. Pensando subito trattarsi di una distensione vescicale per ritenzione (e l'urinazione spontanea la interpretavo come un rigurgito), cateterizzo subito la paziente estraendo circa 2500 cmc. di urina. Dopo di che l'addome ritorna in condizioni normali. Però un altro fatto complica la cosa: esiste abolizione completa della motilità degli arti inferiori e della sensibilità tattile, dolorifica, barica e termica di tutto il treno posteriore, e precisamente fino al livello di una linea che passa per l'ombellicale trasversa; vi è inoltre perdita dei riflessi tendinei cutanei. Nel treno anteriore le funzioni motorie, sensorie e della sensibilità sono integre. In una parola, il quadro clinico è quello di un fratturato grave della parte bassa della colonna dorsale con schiacciamento esteso del midollo (paralisi flaccida del treno posteriore). La puntura spinale, praticata a diverse altezze, non ha dimostrato nè presenza di sangue, nè aumento di pressione del liquido cefalo-rachidiano.

L'inferma viene riammessa in ospedale, ove resta degente per altri 15 giorni, immobilizzata a letto, con dieta adatta, con catetere in permanenza. Ma il decorso del male si dimostra fatalmente progressivo. Nessun accenno di ricomparsa della sensibilità, nè della motilità; dopo alcuni giorni l'alvo diviene incontinente, e un poco per questo fattore e sopratutto per il mancato trofismo dei tessuti, compare una ulcerazione da decubito sulla regione sacrale che si estende e si approfonda vieppiù progressivamente. Così stando le cose, e per accondiscendere al desiderio dei parenti, ritenendo ormai inutile ogni cura, e sopratutto non indispensabile il soggiorno in ospedale, si dimette l'ammalata. Le notizie dei familiari ci informano che questa si aggrava sempre più, fino a che muore il 31 gennaio 1927, dopo 68 giorni dall'intervento e 21 giorni dall'insorgenza della complicazione.

Il desiderio di una autopsia, che in me era sorto vivissimo fin dai primi giorni in cui la morte mi era apparsa immancabile, non fu appagato.

Mi è piaciuto render noto il caso capitato sotto la mia osservazione poichè esso rappresenta un accidente postoperatorio tutt'altro che frequente in interventi chirurgici di tal genere, sopratutto per il modo con cui è insorto e per la sua evoluzione. L'insorgenza è stata rapida, improvvisa, tutto il quadro si è stabilito nella sua completezza in una notte, forse in pochi minuti soltanto, mentre l'ulteriore decorso si è mantenuto di una gravità immutata fino alla morte.

Quanto alla interpretazione dei fatti, non credo che vi siano molte possibilità a considerarsi. L'unica che appare logica e sostenibile è quella della metastasi neoplastica in sede midollare. Ma anche questo non basta a spiegare la rapidità di comparsa di una completa paraplegia, per la quale occorre ammettere piuttosto un focolaio di emorragia intramidollare, una vera e propria apoplessia spinale. Sede intramidollare, dunque, poichè, come si è visto, la puntura lombare non ha dato presenza di sangue, nè aumento di pressione; ed estensione notevole, tale da produrre la sezione funzionale completa del midollo per compressione. Il nesso causale tra metastasi ed emorragia è poi evidente; quella doveva preesistere da tempo non determinabile, probabilmente molto li-

mitata (circoscritta intorno a un vaso?) così da non dare segni di sè; questa deve essere sopravvenuta, in un momento qualunque, per erosione di un vaso interessato dalla metastasi.

Precisato così il supposto anatomico, occorre aggiungere che non si può parlare di un accidente postoperatorio vero e proprio, in quanto che con l'atto operativo non poteva avere altro rapporto che quello cronologico, per quanto un po' tardivo, bensì di una complicazione clinica della malattia che con ogni probabilità sarebbe insorta ugualmente se le condizioni dell'inferma non avessero reclamato l'intervento d'urgenza.

Quanto alla malattia prima merita rilievo lo speciale decorso, ad accessi periodici, con amenorrea, con intervalli di perfetto benessere, che non senza ragioni aveva portato il giudizio diagnostico su di una strada inesatta.

Rianimazione del cuore con iniezione intracardiaca.

Dott. CALOGERO VALENTI.

La sera del 1° febbraio, alle ore 10.30, fui chiamato d'urgenza in una famiglia distinta, perchè un figliolo, di circa 18 anni, si era avvelenato ingoiando 65 confetti di chinino, pari a grammi 13.

Accorso trovai il giovane P. L. di L. in stato grave: prostrazione delle forze, pallore del volto, lividore e raffreddamento delle labbra e delle estremità, tarda respirazione, polsi rari, debolissimi, filiformi, appena palpabili; dilatazione straordinaria delle pupille.

Immediatamente praticai una iniezione di apomorfina con risultato negativo. Tentai tre o quattro volte il lavaggio gastrico con la sonda, la cui introduzione mi riusciva difficile per forte spasmo dell'esofago. Finalmente potè riuscirmi; però dovetti smettere presto perchè il paziente minacciava di morire soffocato. Continuai il lavaggio dello stomaco facendo inghiottire abbondante acqua tiepida ed infuso carico di caffè e facendo poi vomitare col tillicamento della laringe; mantenendo una semicoscienza con iniezioni di caffeina e tirando spesso fortemente i capelli svegliavo il giovane che aveva tendenza al sopore.

Col liquido vennero fuori dallo stomaco una diecina di compresse di chinino ridotte però a meno di un lenticchio sezionato a metà.

Si tirò avanti così fino alle due dopo mezza notte, quando, dopo una forte convulsione generalizzata, il giovane perdette completamente i polsi alla radiale, si arrestò il respiro, non si percepirono più i battiti cardiaci e scomparve il riflesso corneale. La famiglia compose il suo caro sul letto di morte e si diede a pianti dirotti.

Io intanto non perdetti il mio tempo, aspirai con la siringa un cmc. di una soluzione al ‰ di adrenalina e con un ago comune, piuttosto fine, lungo da 6 a 7 centimetri, praticai lentamente una iniezione intracardiaca, avendo infisso l'ago perpendicolarmente al 4° spazio intercostale sinistro, sul margine superiore della 5ª costola ed a 3 o 4 centimetri dalla marginale dello sterno. Nell'entrata dell'ago ebbi netta la sensazione di resistenza (muscolo cardiaco) e del vuoto (cavità ventricolare).

Dopo appena 40'' si percepirono i battiti cardiaci rari, deboli, confusi, poi più intensi; s'intravidero i primi movimenti respiratori e si tastarono appena i battiti alla radiale: lenti e filiformi.

Le pupille si mantennero sempre enormemente dilatate; il colorito pallidissimo.

Dopo due o tre minuti dalla iniezione intracardiaca praticai una iniezione di canfora ed una di caffeina; il paziente dopo una ventina di minuti respirò meglio e si sentirono netti i toni cardiaci, pur mantenendosi sempre piccoli i polsi alla radiale. Andai avanti con qualche iniezione alternata di caffeina e di canfora e verso le ore sei lasciai l'ammalato in discreto stato. Era ritornato il colorito della faccia ed il calore alle estremità. Polso buono; toni netti e scoccanti; respiro quasi normale. Ripristino della coscienza.

Ma dopo un'ora fui nuovamente chiamato perchè si lamentava di un forte dolore all'addome.

Esaminato il giovane trovai un grosso tumore soprapubico per ritenzione di urina in vescica. Non potendo urinare spontaneamente praticai il cateterismo con un Nelaton ed estrassi un litro e mezzo d'urina. Cessò il dolore; ma trascorsero appena una diecina di minuti quando l'ammalato, che era in piena coscienza e vedeva bene, mi chiese se si fosse fatto buio di un tratto nella stanza. Si era avuta amaurosi completa e di colpo. Per non impressionarlo risposi subito che avevo fatto chiudere gli sportelli e che doveva stare al buio per tutto il giorno. Alla sera, verso le ore venti, si ebbero dal paziente le prime labili sensazioni luminose; la mattina dopo la vista era ritornata quasi normale e poteva leggere i caratteri grossi di un giornale.

Il caso che pubblico è il primo che si abbia di rianimazione del cuore per iniezione intracardiaca di adrenalina in seguito a morte per avvelenamento a scopo suicida. E lo credo di una certa importanza anche perchè trattasi di avvelenamento per chinino, poichè si sa che questo farmaco, a forte dose, ha azione paralizzante sul cuore.

Trousseau chiamò la chinina l'oppio del cuore. Levizky per le dosi grandi e tossiche confermò che diminuiscono la frequenza e la forza dei polsi e la pressione arteriosa per una azione diretta sul cuore. Egli ha sperimentalmente dimostrato che ciò non è dovuto ad azione della chinina sul vago, nè sul midollo allungato, nè sul simpatico, perchè colla recisione del vago da una parte e del midollo e del simpatico dall'altra, gli effetti della chinina sul polso erano gli stessi, se la respirazione e la circolazione si mantene-

vano artificialmente. Anche Eulenburg crede che l'azione della chinina si faccia sentire sui gangli e sul muscolo cardiaco. Data quindi l'azione spiccata della chinina sui gangli cardiaci è veramente meravigliosa l'azione rianimatrice dell'adrenalina sui gangli già paralizzati.

*
* *

Pare che il primo che abbia praticata l'iniezione intracardiaca sia stato il Latzko nel 1904. Si ebbero altri tentativi in Medicina in istato agonico o dopo morte recente, ma con questi tentativi si stabilì solo l'innocuità della puntura cardiaca. Nel 1905 il Winter sperimentò il metodo con esito favorevole negli animali; ed il Crile l'applicò tra i primi in un ferito operato in narcosi cloroformica di resezione di un lobo polmonale gangrenato ottenendo una sopravvivenza di un'ora e 15 minuti. Dopo di lui la praticarono altri chirurgi con risultati temporanei.

Però il metodo ebbe diffusione in accidenti per cloro-narcosi, in chirurgia, dopo che Zunt nel 1919 ottenne pieno successo in un caso per anestesia con Schleich. Qualche altro autore attribuisce, a torto, il primato dell'iniezione intracardia di adrenalina a Van Der Velde (1906) che la praticò in 45 casi di malattie diverse con 13 successi.

Il Bondon in *The Lancet* raccoglie circa 90 casi, di cui uno personale con successo.

Petit-Dutaillis ne ha raccolto 25 casi di applicazione d'iniezione intracardiaca di adrenalina per sincope bianca operatoria.

Secondo Lenormant e Richard invece i casi per sincope operatoria sarebbero 31 con una reviviscenza cardiaca definitiva di 17, quindi una percentuale del 55 % di successi. Gli stessi autori riferiscono due casi personali di cui uno con pieno successo e l'altro con successo temporaneo.

Toupet riferisce 5 casi personali in sincope operatoria con 3 successi completi.

Asteriades cita 3 casi personali per cloro-narcosi di cui uno con sopravvivenza permanente.

In Italia casi personali con successo completo l'ebbero Cervini, Fiori, Fasano in sincope da pneumotorace artificiale.

Masotti, Buzi, Frizzera per sincope in corso di rachianestesia.

D'Amico in seguito ad iniezione endovenosa di 914.

Bastianelli, Speciale, Graziani per cloro-narcosi.

Pegolo, Tommasini Matteucci, Laviano in feti nati asfittici.

Sul punto d'elezione delle iniezioni intracardiache alcuni preferiscono il 3° spazio intercostale, la maggioranza il 4° spazio, qualcuno il 5° spazio, sempre a sinistra.

Si sa dalla anatomia topografica che la faccia anteriore del cuore è formata per due terzi dal ventricolo destro. Questa faccia, nella direzione verticale, si estende dal margine superiore della 3ª costola al margine inferiore della 5ª; trasversalmente oltrepassa lo sterno a sinistra da 7 ad 8 centimetri ed a destra da 1 a 2. La punta nello stato normale batte dietro la 5ª costola sinistra. Ne consegue che in qualunque punto si faccia la puntura: nel 3° o nel 4° spazio intercostale sinistro, purchè sulla marginale dello sterno, si cade nel ventricolo di destra.

Però se si vuol iniettare nel ventricolo sinistro bisogna pungere: nel 3° spazio a due centimetri dalla marginale dello sterno e nel 4° spazio a 3 o 4 centimetri circa; nel 5° spazio sulla linea della mammillare sinistra.

Rasentando la marginale sinistra dello sterno si vengono sempre a scansare la mammaria interna, od altri punti pericolosi: come il lobo polmonale cardiaco, i vasi coronari, il fascio di His ecc.

Pericoli però a cui io credo non si debba dare molta importanza, sia per la poca quantità del liquido che si inietta, sia per l'azione stessa dell'adrenalina sui vari tessuti, sia per l'innocuità della puntura con ago fine anche se si perfora un'arteria.

Il certo si è che l'iniezione di adrenalina dà buoni risultati sia che si faccia nella cavità del ventricolo destro o del sinistro, o nel miocardio e qualcuno anche sostiene che si abbia buon risultato iniettando nello spazio del pericardio, per mezzo della ricca rete dei linfatici.

Ad ogni modo per il più lontano dubbio è bene scansare i punti così detti pericolosi.

Per conto mio ho creduto meglio iniettare nella cavità ventricolare e precisamente nel ventricolo sinistro, per la più rapida e migliore diffusione dell'adrenalina nei vari centri nervosi autonomi del cuore per via delle coronarie.

Per la cosidetta legge della contrazione massima per eccitazione minima, il cuore si differenzia dagli altri muscoli, poichè in questi avvengono contrazioni deboli ad eccitazioni deboli, e forti ad eccitazioni forti. Il cuore invece si comporta sempre nello stesso modo anche se debolmente eccitato. Anzi anche per eccitazioni minime, purchè ripetute, per la legge della sommazione, risponde poi allo stimolo contraendosi

In principio fu stabilito che l'adrenalina avesse un'azione rinforzante sui vasi e sul cuore (Szi

monowez e Gybulisks, Alliver e Scoffer). Fu poi il Winter il quale dimostrò che la circolazione di una soluzione di adrenalina fosse capace di rianimare un cuore isolato ed in paralisi per cloroformio.

Si stabilì che l'adrenalina agisca direttamente sui centri nervosi autonomi del cuore (Gottlieb). Tali centri, — oltre a quello di Remak, posto nel setto interventricolare, e a quello di Bidder, nello spazio atrioventricolare, che sono i più importanti —, sono diffusi in tutto il miocardio ed in comunicazione tra loro.

L'Engelmann ha fatto la seguente esperienza: divise un cuore con tagli a zig-zag, in tante listerelle in unione fra loro con sostanza muscolare; eccitando la parte superiore di questo cuore così diviso vide che il movimento si trasmetteva in ordine regolarmente progressivo fino alla punta.

Il che ci dimostra come una iniezione di adrenalina su qualunque punto del cuore agisce determinando le prime ed irregolari contrazioni, che diffondendo la sostanza medicamentosa, regolarizzano il ritmo cardiaco.

Però l'iniezione intracardiaca va fatta al più presto possibile ed appena si ha l'arresto del cuore. Prima si fa e meglio risponde. I vari autori concordano che non si debba praticare oltre i 10 m', dopo tale tempo, l'iniezione non risponde o si hanno dei successi transitori, per le gravi alterazioni dei centri nervosi in seguito ad anemia degli stessi. Ma pare che nei neonati asfittici tale tempo si possa prolungare fino a mezz'ora.

In quanto alla dose bastano da 1 a 2 milligrammi; una dose maggiore è inutile e dannosa perchè porta disturbi nervosi: confusione mentale, agitazioni, convulsioni ecc. Infatti tali disturbi si sono avuti in quei pazienti in cui si è iniettata una dose superiore che è andata fino ai 10 milligrammi. D'altronde, se alla prima puntura il cuore non risponde si può ripetere l'iniezione; non è quindi consigliabile iniettare dosi esagerate. Della puntura al miocardio non resta alcuna traccia, e ciò asserisce anche il Toupet che praticò la necroscopia di un ammalato che aveva sottoposto per ben sei volte alla puntura intracardiaca.

Il certo si è che l'iniezione intracardiaca di adrenalina è un mezzo potente per rianimare un cuore che si è arrestato, come primo segno della morte.

Tale mezzo eroico, adoperato con prontezza ed audacia, dà dei risultati che hanno del miracoloso. Il maggior uso di tali iniezioni si è fatto in sincope bleù o bianca da cloroformio, da etere, da miscele, da rachianestesia e però dovrebbe praticarsi in tutti i casi di morte accidentali o violente, per malattie in cui il cuore abbia ancora qualche forza di riserva.

Pericoli? Nessuno, se la puntura si fa al 3º o 4º spazio intercostale sinistro rasentando la marginale dello sterno.

BIBLIOGRAFIA.

TOUPET. *Traitem. des sincopes. Anastés. Iniection intrac. adrénaline.* Bull. e Mém. de la Soc. de Chir., 5 dic. 1923.

PETIT-DUTAILLIS. *La reanimation du coeur, ecc.* Journal de Chir., 1923, n. 6.

BASTIANELLI. *Rianimazione mediante iniezione intracardiaca di adrenalina.* R. Acc. di Scienze Med. di Roma, 1924.

CERVINI. *Iniezione intracardiaca di adrenalina in un caso di shock da pneumotorace artificiale.* Policlinico, Sez. Prat., 1924.

LENORMANT, RICHARD, SENEQUE. *Deux cas de réanimation du coeur, ecc.* Presse Méd., 1924.

FASANO. *Rianimazione del cuore mediante iniez. intrac. di adren. in sincope da pneumotorace art.* Minerva Medica, 1924.

MASETTI. *Rianim. del cuore con iniez. intrac. di adrenalina.* Policlinico, Sez. Prat., 1924.

NICOLICH e POTOTSCHNIG. *Di alcuni casi d'iniez. intrac. nell'arresto del cuore.* Riforma Medica, 22 ott. 1924.

ASTERIADES. *Reviviscenza del cuore in seguito a sincope anastesica mediante iniez. intrac. di adrenalina.* La Presse Méd., n. 38, 1925.

Indicazioni e posologia dell'adrenalina. Policlinico, Sez. Prat., fasc. 40, 1925.

FIORI. *Iniezione intracardiaca di adrenalina in un caso di shock da embolia gassosa da pneumotorace.* Terapia, n. 70, 1925.

BUZI. *Un caso di rianimazione del cuore coll'iniez. intrac. di adrenalina.* Policl., Sez. Prat., fasc. 38, 1926.

SPECIALE. *L'iniez. intrac. di adren. per sincope operatoria.* Policlinico, Sez. Prat., fasc. 33, 1925.

D'AMICO. *Iniezione intracardiaca di adrenalina.* Terapia, n. 77, 1925.

PEGOLO. *Due casi di rianimazione e sopravv. di neonati in seguito ad iniez. intrac. di adrenalina.* Annali Lab. Clin., dicembre 1926.

FRIZZERA. *L'iniezione intrac. di adren. nella sincope operatoria.* Polic. Sez. Prat., fasc. 2, 1927.

TOMMASINI-MATTIUCCI. *Iniez. intrac. di adrenalina nel feto in morte apparente.* Policlinico, Sez. Prat., fasc. 2, 1927.

GRAZIANI. *Rianimazione del cuore mediante iniez. intracardiaca.* Polic. Sez. Prat., fasc. 2, 1927.

LAVIANO. *Sulla rianimazione dei neonati prof. asfittici mediante iniez. endoc. di adrenalina.* Rivista d'Ostet. e Gin. Prat., n. 3, 1927.

CANTANI. Materia Medica.

CERVELLO. Ibid.

VAQUEZ. Malattie del cuore.

MARIANI. *La cura del cuore.*

MACKENZIE. *Diagnosi e cura malattie del cuore.*

MARCACCI. *Fisiologia.*

CHIARUGI. *Anatomia dell'uomo.*

TILLAUX. *Anatomia Topografica.*

LEJARS. *Chirurgia d'urgenza.*

Favara.

OSPEDALE DI S. CROCE IN FANO.

Eclampsia pleurica mortale in seguito a puntura esplorativa per empiema.

Dott. prof. MARCELLO SBROZZI, chirurgo primario.

Di ritorno dal Congresso di Padova, ove a proposito della cura chirurgica della tubercolosi polmonare si discusse degli incidenti inerenti, ho avuto la dolorosa conferma della esistenza dell'eclampsia pleurica come entità morbosa a sè, da alcuni autori negata L'incidente mortale è insorto in seguito a puntura esplorativa praticata, come di regola, in un caso di empiema, prima di ricorrere alla toracotomia.

Non perchè il fatto sia nuovo, quantunque fortunatamente molto raro, ma perchè istruttivo, specialmente per i medici condotti, lo riferisco in questo nostro diffuso periodico.

Il 1° novembre corr. trovo nel mio reparto una giovinetta di 18 anni affetta da empiema postpneumonico sinistro. Era stata trasferita dal reparto medico ove fu ricoverata il 19 ottobre con diagnosi di polmonite del lobo inferiore sinistro.

Curata convenientemente, in cinque giorni il processo pneumonico era risoluto; ma dopo una settimana circa, essendo ricomparsa febbre, dolori alla base dell'emitorace sinistro e ottusità in detta regione, fu praticata una puntura esplorativa che diede esito a liquido purulento; onde il 31 ottobre l'I. fu passata in chirurgia per le cure del caso.

L'ammalata, soggetto delicatissimo e neuropatico, trascorse tutta la notte insonne e in grande agitazione perchè sapeva di dover subire un atto operatorio. Il mattino del 1° novembre aveva 38° di temperatura, polso 120, piccolo regolare. Obbiettivamente si riscontrava: ottusità con scomparsa del fremito v. t. nell'emitorace sinistro verso il basso; al di sopra soffio bronchiale. Null'altro di notevole negli altri organi. Urine con tracce di albumina. Deciso l'intervento, praticai sul tavolo operatorio, come di solito, una puntura esplorativa nell'emitorace posteriore sinistro che confermò la presenza di pus, denso giallastro. Coricata l'I., in corrispondenza della costa da resecare feci alcune iniezioni sottocutanee di soluzione di novocaina 0,50 %, non volendo ricorrere all'anestesia generale in vista delle condizioni generali piuttosto depresse. Mentre mi accingevo ad incidere le parti molli, il corpo dell'I. si tese ad arco, le pupille si dilatarono enormemente e scoppiò un accesso epilettiforme generalizzato della durata di circa un minuto. Domandai agli assistenti se nella storia dell'I. vi fossero precedenti di epilessia; mi fu risposto negativamente. Al primo accesso tosto fece seguito un secondo, poi un terzo, un quarto e un quinto, distanziati pochi secondi l'uno dall'altro. Compresi subito che si trattava di eclampsia pleurica; tosto si diede mano ad iniezioni cardiocinetiche varie e ad ipodermoclisi; fu iniziata la respirazione artificiale e la somministrazione di ossigeno; fu fatta un'iniezione intracardiaca di soluzione di adrenalina; ma tutto riuscì vano: l'I. non si riebbe nemmeno per un istante e rimase fulminata sul letto operatorio. Allora ricordai ai miei assistenti, sgomenti per l'accaduto, la discussione avvenuta pochi giorni prima al Congresso di Padova e l'asserzione di Morelli che ribadiva di fronte ai dubbi di alcuni autori l'esistenza dell'eclampsia pleurica come incidente grave del pneumotorace e come entità clinica a sè da non confondersi con l'embolia gassosa.

Che cosa sia l'eclampsia o epilessia pleurica noi non sappiamo; sappiamo purtroppo che esiste e che può insorgere non soltanto durante la pratica del pneumotorace terapeutico ma per qualsiasi intervento anche minimo sulla pleura: punture esplorative, toracentesi, lavaggi, esplorazioni digitali ecc. E può insorgere in qualsiasi momento della pratica del pneumotorace, sia nella prima introduzione, sia nei successivi rifornimenti; anzi secondo Forlanini specialmente nei rifornimenti. Nella nostra I. la prima puntura esplorativa non diede luogo a incidenti di sorta; alla seconda invece doveva seguire l'insorgenza improvvisa dell'incidente mortale: incidente adunque imprevisto e imprevedibile contro il quale siamo purtroppo completamente disarmati.

L'eclampsia pleurica può manifestarsi sotto forma convulsiva con attacchi simulanti l'epilessia classica, come nel nostro caso, oppure in forma sincopale. Nella maggior parte dei casi l'eclampsia è a carattere transitorio di breve durata; il malato cade improvvisamente in istato di collasso o di deliquio oppure è colto da sintomi eccitomotori con attacchi epilettiformi localizzati o generalizzati; il polso si fa piccolo e frequente, il respiro superficiale e irregolare, notevolmente dispnoico. Detti disturbi dileguano in più o meno breve tempo con cardiocinetici, ossigeno, respirazione artificiale. Possono talora ripetersi con il rinnovarsi della puntura pleurica in casi di rifornimento di pneumotorace. Soltanto in rarissimi casi l'eclampsia assume gravità eccezionale fino a dare la morte.

Alcuni autori sostengono che si possa prevenire evitando l'intervento al primo apparire di disturbi da parte degli ammalati o anestetizzando la sede scelta per la puntura o praticando antecedentemente una iniezione di morfina. Ma nella maggior parte dei casi, esempio il mio, è assolutamente impossibile prevedere e prevenire l'incidente.

Non è qui il caso di riportare le varie teorie sulla patogenesi dell'eclampsia pleurica. Ricorderò che non tutti gli autori ammettono l'esi-

stenza di detta forma morbosa, ma vogliono riportarla in ogni caso al meccanismo dell'embolia gassosa. Ma troppi dati di fatto stanno a confermare che l'eclampsia pleurica è una entità morbosa a sè e si verifica in circostanze del tutto diverse e indipendenti da quelle che determinano l'embolia gassosa, come sopra è stato detto.

Nel nostro caso è assolutamente impossibile pensare all'embolia gassosa, essendo l'ago caduto nella cavità ascessuale donde aspirò il pus senza aver menomamente toccato il polmone.

Per Forlanini (citato da Curti nel suo « Pneumotorace artificiale terapeutico ») sono « fenomeni di lesa coscienza, di leso circolo, di contratture muscolari cloniche e più frequentemente toniche molto estese, qualche volta interessanti tutti i muscoli, ma più specialmente quelli del respiro. Sono fenomeni accidentali di natura riflessa ad area di incitazione periferica nel territorio sede del piccolo atto operativo, del quale non conosciamo i centri diastaltici, probabilmente multipli, data la molteplicità delle sindromi e dell'etiologia ». Secondo Cordier il riflesso nervoso seguirebbe centripetamente la via del pneumogastrico. Questo autore più recentemente (Leotta, *Trattamento chir. della tubercolosi polm.*, relaz. al Congresso di Chirurgia 1926) dà una interpretazione nuova dell'eclampsia pleurica avanzando l'ipotesi che il riflesso nervoso sia riportabile al meccanismo dello shock emoclasico; ma, come osserva bene Leotta, noi ignoriamo quali siano le condizioni nelle quali la sensibilità pleurica scateni il meccanismo dello shock.

Quindi non ci resta altro che di sapere che anche in minimi interventi sulla pleura possono insorgere incidenti gravi, anche mortali, non prevedibili nè prevenibili contro i quali purtroppo siamo disarmati. Detti incidenti possono insorgere anche per una semplice puntura esplorativa, come nella mia malata: intervento che ogni giorno ricorre nella pratica del medico condotto. Ed appunto per i medici condotti ho voluto riferire questo caso molto istruttivo perchè ricordino la possibilità — fortunatamente molto rara — dell'insorgenza dell'eclampsia pleurica che, verificandosi nell'abitazione del malato, potrebbe creare ad essi gravi imbarazzi e notevole sconcertamento non avendo a portata di mano nemmeno quei rimedi che riescono ad evitare una catastrofe nei casi lievi a carattere transitorio; poichè nei casi gravi, come nel mio, la morte è inevitabile e fulminea e non dà tempo nemmeno a metter mano ai mezzi terapeutici di cui disponiamo.

Novembre 1926.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA DIGERENTE.

Gastrite e ulcera gastrica.

(HOHLWEG. *Münchener Medizinische Wochensch.*, 1926, n. 50).

Le relazioni tra gastrite ed ulcera gastrica sono molto più frequenti di quel che comunemente si crede. Il quadro sintomatico stesso di queste due affezioni assume spesso le medesime caratteristiche, ed è più che probabile che, almeno per alcune forme di gastriti, la patogenesi sia la medesima. Konjetzny constatò la frequenza dell'associazione delle lesioni gastriche infiammatorie con l'ulcera. E ciò dà ragione del fatto che spesso durante le operazioni chirurgiche per ulcere gastro-duodenali non si trova alcuna lesione ulcerosa netta che possa essere estirpata.

Solo la gastroscopia consente di affermare la estensione e la natura della lesione gastrica, perchè a mezzo di essa si osservano direttamente le alterazioni infiammatorie o edematose della mucosa. Queste sono difficilmente rilevabili durante le operazioni chirurgiche ed alla necroscopia, perchè si modificano o scompaiono in dette circostanze rispettivamente per la retrazione dello stomaco o per l'assenza della circolazione. Queste considerazioni danno ragione della poca frequenza delle lesioni infiammatorie gastriche riscontrate al tavolo anatomico o al letto chirurgico.

In base alla sintomatologia clinica ed al reperto gastroscopico di numerosi esaminati Hohlweg ha classificato le gastriti in tre gruppi: catarro cronico mucoso semplice, gastrite ipertrofica, gastrite cronica atrofica.

Il catarro cronico mucoso semplice è caratterizzato da un rossore diffuso della mucosa, con emorragie lineari e muco abbondante, lesioni nette sopratutto sul fondo e sulla parete superiore dello stomaco. Clinicamente si ha dispepsia, anoressia, ipopepsia.

La gastrite ipertrofica ha il massimo di lesioni nella regione pilorica, antro e piccola curvatura. La mucosa è granulosa, con molte emorragie puntiformi e qualche erosione o macchia emorragica più grande, spesso è congesta e talora presenta anche pseudo-polipi o edemi bollosi. In qualche caso si osservano ulcerazioni multiple (gastrite ulcerosa). Spesso si constata rigidità della mucosa infiammata, e poichè la parte più frequentemente colpita è l'antro, si ha per lo più rigidità pilorica. Talvolta si ha ipertrofia del muscolo sfintere dell'antro che può determinare

una netta sporgenza prepilorica, che è patognomonica dell'affezione.

Clinicamente la gastrite ipertrofica è caratterizzata da dolori tardivi calmati dall'ingestione di alimenti, e da un quadro clinico che per lo più fa fare diagnosi di ulcera duodeno-pilorica.

L'affezione è prevalentemente determinata dall'abuso di alcoolici e sopratutto del tabacco, fumato o masticato.

La gastrite cronica atrofica provoca il quadro clinico dell'achilia gastrica. Costituisce lo stadio terminale delle due forme precedenti, ma può osservarsi primitivamente nelle anemie perniciose, nelle leucemie e nell'addisonismo.

Oltre a quelle descritte possono aversi due forme accessorie di gastrite, quella dei gastroenterostomizzati e quella dei colecistectomizzati. Nella prima si hanno contrazioni gastriche deboli in contrasto con movimenti peristaltici anormali pilorici: si ha quindi un riflusso di liquido duodenale che forse provoca la gastrite, talvolta associata ad ulcera peptica. Nella seconda, gastrite dei colecistectomizzati, si ha catarro gastrico, ipoacidità, achilia: oltre le lesioni abituali del catarro cronico si ha chiusura spastica del piloro e spesso edema congestizio della mucosa; l'antro contiene muco frequentemente mescolato con bile. Quest'affezione può evolvere verso la gastrite atrofica. In ambo le forme si hanno crisi evolutive periodiche con fasi di remissione intercalari, dando all'affezione l'apparenza sintomatica dell'ulcera.

In effetti sembra che l'ulcera e la gastrite cronica non siano altro che due stadi evolutivi di una sola affezione, la malattia ulcerosa, e solo la gastroscopia consente di affermare la natura esatta delle lesioni esistenti e l'importanza delle ulcerazioni. E le due affezioni più che una relazione di causa ed effetto hanno forse una sola patogenesi.

La diatesi che determina le alterazioni più o meno estese della mucosa comprende disturbi del sistema nervoso vegetativo, lesioni vasomotorie e capillari, alterazioni ioniche dell'ambiente gastrico. Si tratta di una vera costituzione ulcerosa che forse in avvenire potrà essere identificata anche a mezzo della ricerca di speciali gruppi sanguigni.

Comunque allo stato dei fatti, ed in attesa di nuovi mezzi d'indagine che rendano possibile l'accertamento preventivo delle condizioni patologiche in quistione e quindi l'impiego di mezzi atti ad evitare il loro stabilirsi, è indispensabile formulare la diagnosi esatta allo scopo di risparmiare ai pazienti interventi chirurgici estesi ed inefficaci.

L'accertamento sicuro delle condizioni della mucosa gastrica, della natura e sede delle sue alterazioni o lesioni può essere fornito solo dalla gastroscopia. Si potrà così in molti casi limitarsi al trattamento puramente medico, magari con l'alimentazione praticata per lungo periodo di tempo a mezzo della sonda duodenale, ed evitare gastrectomie gravi e poco utili.

Comunque, qualora l'operazione fosse indispensabile, il chirurgo potrà trarre dalla gastroscopia elementi diagnostici preziosi per limitare l'intervento alle parti veramente lese e risparmiare i tessuti sani, con gran vantaggio del futuro stato di salute del paziente. DR.

Ulcera peptica e tubercolosi polmonare.

(WINKELBAUER e FRISCH. *Wien. Kl. Woch.*, 1927, n. 10).

Gli AA. da numerosi casi (dei quali pubblicano una parte) capitati alla loro osservazione, deducono che una ulcera peptica che insorge in un individuo malato di tubercolosi polmonare, rende questa ultima malattia di una prognosi molto più seria.

E ciò perchè fa evolvere rapidamente anche forme di tubercolosi fibrose, favorendo l'insorgere di tisi ulcerose cachettizzanti, o di polmoniti caseose, risvegliando processi latenti o decorrenti in modo mite.

Ma è anche da tener presente l'influsso della dieta cui deve sottostare un malato affetto da ulcera peptica.

Il problema della terapia è quindi ben difficile a risolversi. L'astensione dall'intervento sembra essere talora consigliabile, e, se è possibile, occorrerebbe curare prima col pneumotorace la lesione polmonare. Tal'altra volta la terapia radicale dell'ulcera (come è dimostrato in uno dei casi degli AA.) pare abbia avuto benefici effetti anche sull'andamento della tubercolosi del polmone.

È fuor di dubbio che bisogna ridurre il trauma operatorio alla minima entità possibile, ma talora, per emorragie ripetute e conseguente anemia grave, questo è necessario e indicato. Si dovrà possibilmente risparmiare la narcosi eterea, ma non servirsi della anestesia locale che in molti individui sensibili è causa di più lunga durata dell'intervento e di shok postoperatorio più grave. Tanto più che spesso bisogna in fine ricorrere egualmente all'etere. Se l'intervento deve consistere in un atto operatorio grave (p. es. resezione gastrica), è ovvio che debba essere eseguito da chi è padrone in modo perfetto della tecnica. Ma anche la gastroenterostomia e la di-

giunostomia potranno portare spesso a duraturi miglioramenti. È anche necessario che si sorveglino da vicino le condizioni del polmone dopo l'intervento, e che si sappia sceverare un processo broncopolmonare acuto da ciò che può esser l'espressione di una riacutizzazione del processo specifico.

Il significato dell'associazione ulcera-tubercolosi è dunque assai cattivo: ed è difficile il passare sani e salvi tra lo Scilla dell'inanizione che segue alla cura medica dell'ulcera, e il Cariddi della polmonite tubercolare postoperatoria. È quindi impossibile tracciare uno schema terapeutico. Chirurgo e internista dovranno volta per volta esser chiamati a dare la loro opera, seguendo i criteri che emergono da quanto si è detto.

GARRONE.

Il punto di vista batteriologico per la questione della resezione delle ulcere gastroduodenali perforate.

(BRÜTT. *Beitr. z. klin. Chir.*, Bd. 138, H. 4, 1927).

Mentre per il trattamento dell'ulcera cronica viene preferita dalla maggior parte dei chirurgi la resezione, per quello dell'ulcera perforata alcuni, e sono i più, vorrebbero l'intervento limitato alla chiusura della perforazione con l'aggiunta della gastro-enterostomia o del drenaggio con omento (Neumann); altri sostengono la resezione.

Dalle statistiche si rileva che la mortalità per ulcera perforata dal 50 % è negli ultimi tempi scesa a cifre minori grazie al miglioramento della tecnica, alla più diffusa conoscenza del quadro clinico ma specialmente per la precocità d'intervento.

Le cifre migliori di guarigione si hanno in quei casi operati precocemente; le cifre peggiori dei casi tardivi oltre che ad una più lunga durata della peritonite si devono al sopraggiungere del b. coli nell'essudato peritoneale.

Gli autori che vorrebbero ridurre al massimo di semplicità l'intervento richiamano il fatto che nelle prime ore l'essudato peritoneale è innocuo, che l'ulcera perforata tende a guarire spontaneamente, che l'intervento semplice è più rapido; i contrari richiamano la possibilità di ulcere secondarie, di disturbi lontani che insorgerebbero in più di metà dei trattati col metodo semplice. L'A. preferisce la resezione, solo è da domandarsi in quali condizioni essa può essere fatta.

Negli ultimi 6 anni l'A. ha operato 112 casi di ulcere perforate dello stomaco e del duodeno comprendendovi tutti i casi presentatisi poichè solo uno (morto) non è stato operato.

In essi si è verificata una mortalità complessiva di 39 casi, cioè 34,8 %. Facendo un raffronto a seconda l'intervento, sono stati operati 55 mediante resezione con 8 morti (14,5 %) e 57 con sutura e g. e. con 31 morti (54 %). Si può subito obiettare che la g. e. sia stata fatta nei casi più gravi. Ma facendo un confronto tra gli operati a seconda il periodo di perforazione si ha che entro le prime 6 ore la resezione ha dato una mortalità del 3,8 % come nelle ulcere croniche, mentre la gastro-enterostomia ha dato una mortalità del 27 %. Anche nelle perforazioni più tardive la differenza esiste mantenendosi del doppio.

Nell'essudato peritoneale non è stato mai trovato acido cloridrico libero, ma acidi combinati in quantità considerevole, anche in casi tardivi. Anche nel succo gastrico è stata notata assenza di HCl, forse per alterazione nella secrezione come avviene nei narcotizzati a lungo.

Il contenuto di acidi combinati nell'essudato peritoneale è spesso più elevato di quello del succo gastrico forse perchè i pazienti dopo la perforazione continuano ad ingerire liquidi.

Esiste un interessante rapporto fra la prognosi e la massa batterica contenuta nell'essudato peritoneale. Con essudato sterile si ha una prognosi buona che si mantiene tale con essudato contenente streptococco verde, diventa peggiore con streptococco emolitico e con b. coli. Quando la presenza del b. coli si ha nei casi precoci la prognosi è anche buona.

L'essudato peritoneale nei casi precoci è risultato sterile nel 35 %, nelle perforazioni da 6 a 12 ore è sterile nel 26 %, oltre le 12 ore solo nel 7 % e ciò forse in rapporto con l'alta percentuale di acidità. Nei casi tardivi oltre lo streptococco verde si trova predominante il b. coli o lo streptococco emolitico. Lo streptococco che l'A. chiama verde è simile allo streptococco viridans ma non è lo stesso.

Concludendo ritiene che: nelle prime 6 ore dalla perforazione manca l'infezione, la resezione dà una minima mortalità ed è un'operazione giustificata; fra 6 e 12 ore si trova nella maggior parte dei casi un essudato peritoneale sterile o infettato con streptococco verde e la resezione è anche qui consigliata; dopo il limite di 12 ore interviene l'infezione con b. coli e streptococchi emolitici, la resezione dà un'alta mortalità mentre un'operazione semplice riesce verosimilmente di poco valore; la resezione può essere permessa soltanto in casi eccezionali. Infine può affermare che i risultati a distanza sono migliori per la resezione che per la gastro-enterostomia.

R. BRANCATI.

SISTEMA OSTEO-ARTICOLARE.

Spondilolistesi lombosacrale.

(JAROSCHY. *Brun's Beitr. z. klin. Chir.*, vol. 138, 1926, pag. 428).

Per spondilolistesi lombosacrale si intende un processo cronico in cui la 5ª vertebra lombare scivola sulla prima sacrale verso l'avanti e in basso. Quasi sempre si associa una rotazione della 5ª sull'asse frontale in modo che il suo corpo viene a trovarsi più o meno al davanti della faccia anteriore della 1ª sacrale e nei casi più gravi penetra in totalità nel bacino al davanti del sacro. Questa forma morbosa è accompagnata da alterazioni caratteristiche secondarie del bacino, il cosidetto bacino spondilolistesico ed è di questo, per l'importanza pratica come viziatura pelvica che si sono occupati per lo più la massima parte degli autori, quasi tutti ostetrici mentre poco si sono occupati finora di questa deformità i chirurgi.

Il sesso più frequentemente colpito sembra il femminile, da quando però si sono potute eseguire radiografie laterali del bacino si è visto che invece più colpiti sono i maschi per quanto in questi le alterazioni non sono mai molto pronunciate mentre nelle donne raggiungono un massimo di deformità e quindi sono più evidenti.

In genere esiste nell'anamnesi un punto di riferimento dell'inizio della malattia, per lo più un trauma, nelle donne spesso la gravidanza.

Anatomicamente esiste una disposizione che favorisce l'insorgenza della malattia e precisamente si è osservato che non tutta la vertebra si sposta ma solo la parte anteriore in modo che risulta un netto allungamento dell'arco vertebrale e precisamente della parte interarticolare per cui anche il forame appare aumentato nel diametro sagittale. Le apofisi articolari che di solito sono vicine possono essere disgiunte di 1-2 cm. La causa di questo allungamento sta nella cosidetta « spondilolisi interarticolare » congenita; cioè in questi casi ogni metà dell'arco si origina da 2 nuclei di ossificazione invece che da uno, tra questi due nuclei si stabilisce una pseudartrosi o solo una connessione legamentosa e solo tardivamente una connessione ossea.

Da parecchi autori è stata dimostrata anche l'importanza dei processi articolari a impedire la caduta nel bacino della 5ª lombare; vi può essere una alterazione congenita o acquisita di questi quale causa della Sp.

Un'altra causa predisponente è rappresentata dalla direzione obliqua della prima sacrale che favorisce lo slittamento e infine dal trovarsi la 5ª lombare a differenza degli altri corpi vertebrali tra una parte mobile e una parte fissa della colonna.

Processi infiammatori distruttivi possono naturalmente avere grande importanza ma però non è stato finora descritto nessun caso con tale etiologia. Nella tabe si può avere una forma morbosa simile che però non si può identificare con questa, è più opportuno invece di chiamarla una affezione tabetica della colonna con spostamento dei corpi.

La causa più frequente della malattia è però la spondilolisi, alterazione che si rinviene in circa il 5 % degli individui.

Il sintomo caratteristico dei casi più avanzati è che il tronco appare come sprofondato nel bacino, l'addome è raccorciato e ne derivano delle pliche trasversali nella parte anteriore dell'addome e al disopra delle creste. A carico della colonna si trova una notevole prominenza della parte superiore del sacro e sopra a questa una curva lordotica molto raramente ben sviluppata perchè è parzialmente mascherata dallo spostamento in avanti. Il compenso si fa anche a carico di una diminuzione dell'inclinazione del bacino e di una riduzione della cifosi dorsale. Il rapporto tra la lordosi lombare aumentata e l'inclinazione diminuita del bacino è un dato importante per la diagnosi. La deformità caratteristica del bacino è l'accorciamento del diametro anteroposteriore per l'esistenza di un falso promontorio e l'aumento della distanza dalle apofisi spinose alle spine iliache posteriori che è di 6-9 cm. invece di 3 come normalmente. La regione dei genitali esterni è più prominente per cui osservando l'individuo di profilo si vedono i peli dei genitali. Il che dipende in parte dalla diminuzione dell'inclinazione del bacino in parte da una elevazione della sinfisi. Sono frequenti curve scoliotiche della colonna. L'andatura dei pazienti è caratteristica e assomiglia a quella dei danzatori di corda. Nei casi gravi è possibile di palpare la 5ª lombare attraverso l'addome o con l'esplorazione vaginale.

I dolori di cui si lamentano gli ammalati non hanno nulla di caratteristico, sono dolori di varia intensità nella regione sacrale che talvolta si irradiano alle cosce e che vengono fatti risalire a una causa occasionale come un trauma, una gravidanza, ecc. Talvolta i pazienti si accorgono di essere diminuiti di statura.

Radiologicamente il quadro è molto caratteristico. La proiezione ant.-post. dimostra l'ombra della 5ª lombare proiettata sulla parte superiore del sacro e data l'inclinazione frontale della vertebra l'ombra assume con i processi trasversi un aspetto di lucerna da gendarme rovesciata.

Caratteristica radiografica in questa proiezione

è quando l'ombra del corpo dell'ultima lombare o addirittura una parte dell'arco è proiettata sull'ombra del sacro. Nei casi iniziali è necessario di praticare l'esame in proiezione laterale.

In questa possono esistere quattro aspetti differenti a seconda che la 5ª lombare sia spostata solo in avanti o abbia rotato sull'asse frontale o sia scivolata parzialmente nel bacino o addirittura si sia dislocata davanti il sacro. Queste 4 posizioni vennero chiamate da Lambl come lisi, clisi, olistesi e ptosi. È solo con la proiezione laterale che si riesce a diagnosticare i casi iniziali. Per ottenere maggior risalto delle ombre è opportuno di insufflare il colon.

Una terapia dei casi avanzati non esiste. Quando la dislocazione è notevole e fissata da iperostosi e sinostosi si può applicare solo un corsetto con il compito di sostenere la colonna e alleviare i dolori. Solo negli ultimi anni si sono trattati casi recenti. È dubbio se in questi si riesca con un corsetto gessato a impedire l'ulteriore scivolamento della colonna, alcuni hanno consigliato di praticare prima dell'applicazione dell'apparecchio gessato una trazione sugli arti per ridurre la dislocazione. Scherb è riuscito in un caso a ridurre lo spostamento e a fissarlo con una stecca ossea prelevata della tibia e fissata nella doccia tra apofisi spinose e archi vertebrali. Da alcuni è stato praticato un intervento combinato alla Henle-Hibbs-Allbee. Si potrebbero adoperare anche stecche di celluloide o di osso di bue bollito, come ha fatto Lange. Autori francesi rifiutano un intervento alla Henle-Allbee perchè la stecca non viene fissata alla porzione che scivola.

Secondo l'Autore l'intervento deve consistere nel creare una salda unione tra sacro e vertebre lombari al disopra della 5ª e impedire così il progredire della deformità e contemporaneamente offrire un ostacolo allo scivolamento.

VALDONI.

Contributo al trattamento operatorio della lussazione abituale della spalla.

(HEYMANOWITSCH. *Zentr. f. Chir.*, n. 11, 1927).

Le alterazioni anatomo-patologiche con le quali sta in relazione una lussazione abituale della spalla sono rappresentate da rilasciatezza della capsula, da alterazioni da parte della cavità glenoide, dei capi articolari o delle tuberosità vicine all'articolazione specialmente del tubercolo maggiore. Non è raro osservare uno spianamento della cavità glenoide ed una diminuzione di altezza del capo articolare, o strappamenti ossei.

È chiaro che l'accorciamento della capsula mediante sutura con le sue diverse modificazioni non può sempre rispondere allo scopo e si hanno delle recidive che, secondo Seidel, giungono al 25 % e secondo Schulze fino al 50 %.

In questi ultimi tempi sono stati usati gli innesti liberi di fascia per via extracapsulare attaccati al collo anatomico da un lato e all'acromion dall'altro.

Nel 1917 dopo Joseph incominciò una serie di modificazioni con lo scavare un canale nella testa dell'omero dove si faceva passare il lembo di fascia. Il lembo deve essere molto lungo e secondo Schmieden di 20 cm. Ma anche con questo metodo si sono osservate delle recidive probabilmente per riassorbimento della fascia.

Presso a poco lo stesso valore ha il metodo di Clairmont-Ehrlich di utilizzare un lembo mediale del muscolo deltoideo per coprire l'articolazione. L'A. ha usato tale metodo in 2 casi e conferma che è difficile farlo in forma esatta essendo il lembo troppo corto.

Nei casi più recenti che gli si sono presentati ha utilizzato un nuovo metodo che presenta due varianti. Esso utilizza il tendine del capo lungo del bicipite.

Nella prima variante con taglio di Langenbeck per la resezione articolare si prepara il tendine del capo lungo del bicipite e si seziona più in alto possibile nell'acromion: si scava nella testa dell'omero un canale dal basso in alto e dal davanti all'indietro in cui si fa passare il tendine che viene riunito all'acromion. Nella seconda variante il taglio del tendine si fa a livello del collo chirurgico dell'omero e fatto il canale un po' più medialmente del primo vi si fa passare il capo superiore del tendine reciso che viene poi ad essere suturato col capo distale.

Tutt'e due i metodi sono stati usati con successo nel materiale clinico. Il braccio viene fissato per non più di 2 settimane, mentre l'avambraccio si tiene relativamente fisso un po' più a lungo. I vantaggi sugli altri metodi sono notevoli.

R. BRANCATI.

Contributo alla chirurgia ricostruttiva dell'anca.

(E. W. HEY GROVES. *Brit. J. of S.*, 1927, gennaio).

Fratture del collo del femore. — L'A. si occupa delle fratture di quel segmento del collo situate all'interno della linea intertrocanterica: le vecchie fratture intracapsulari, dette oggi sottocapitali o basali. Esse, lasciate a loro, non si conso-

lidano. Le ragioni di questa *mancata consolidazione* sono: 1) insufficiente irrorazione sanguigna; 2) non sufficiente apposizione dei frammenti; 3) interposizioni capsulari; 4) azione inibitrice del liquido sinoviale. Se però i frammenti sono mantenuti a contatto la riunione avviene. La coattazione deve essere fatta presto, perchè nello spazio di 3-6 mesi quella parte del collo femorale, rimasta unita alla testa, si atrofizza e scompare.

L'intervento quindi dovrà essere precoce, e fissare i frammenti solidamente e accuratamente.

Sotto anestesia si fa trazione sull'arto, finchè esso ha riacquistato la sua normale lunghezza; e quindi, senza abbandonare la trazione, l'arto è, prima ruotato all'interno, indi abdotto al massimo e flesso. La rotazione interna e l'abduzione portano alla coattazione dei frammenti. In questa posizione si applica un apparecchio gessato, e lo si fa tenere da 3 a 6 mesi.

Questo metodo (di Whitman) ha fatto fare notevoli progressi al trattamento delle fratture del collo femorale; non rappresenta però per H. G. il metodo ideale. Anzitutto la consolidazione può mancare: in 22 casi su 43 di Waldenström; e ciò perchè il frammento prossimale può rimanere spostato, e parti della capsula restare interposte tra le superfici di frattura. Il metodo poi non può essere applicato con facilità che in ambiente ospitaliero; e l'apparecchio è tenuto per un tempo molto lungo. H. G. è molto favorevole all'operazione d'infibulamento del collo e della testa femorale, che egli pratica esponendo i frammenti con un'incisione anteriore analoga a quella di Sprengel. Adopera un chiodo osseo lungo circa 11 cm. e spesso 1 cm. di forma quadrata, con un estremo appuntito. Il chiodo è di solito formato di osso bollito ed è spinto traverso un canale fatto nel collo femorale con un trapano. L'autoinnesto non è necessario, e prolunga l'operazione.

Usa lo stesso metodo per i distacchi epifisari. Dopo 4-6 settimane i pazienti possono camminare tenendo un leggero apparecchio e servendosi di grucce.

Se il frammento prossimale è molto breve può convenire di scoprir bene la testa femorale e di fare l'inchiodamento dalla testa verso il collo.

Il chiodo di osso autogeno può essere riservato ai vecchi casi di pseudoartrosi; è forse meglio allora servirsi del perone, come fa Henderson, anzichè di una lamina di tibia.

L'infibulamento a cielo coperto espone a gravi disappunti, e dovrebbe essere riservato a pazienti molto debilitati. L'infibulamento dovrebbe essere precoce, per dare buoni risultati.

Cura delle pseudoartrosi antiche. — Quando la pseudoartrosi non è accompagnata da forte atrofia del collo o da notevole spostamento, H. G. consiglia l'infibulamento con stecca fatta col perone dello stesso individuo, previa asportazione del tessuto fibroso tra i frammenti.

Quando il collo femorale è stato riassorbito si potrà, o asportare la testa femorale, o fissarla al moncone periferico, ma, nell'un caso e nell'altro, l'estremità superiore del femore dovrà essere modellata. Ciò vale per i casi in cui il paziente soffre dolori.

Il procedimento più semplice è quello di Whitman: consiste nell'asportazione della testa, nel sezionare il gran trocantere alla base, in modo da permettere all'estremo femorale di penetrare nella cavità cotiloide, e di fissare il gran trocantere alla diafisi più in basso.

Perchè l'operazione riesca bene è necessario che sia rimasto un tratto del collo femorale, altrimenti la diafisi tende a risalire verso il « dorsum ilii », appena si smetta l'abduzione.

Per impedire questo H. G. utilizza la testa femorale, che asporta, seziona in due parti, che modella e fissa con chiodi al margine superiore cruentato dell'acetabolo.

Albee spacca il gran trocantere longitudinalmente fino alla base e lo tira in fuori come un lembo osseo attaccato alla diafisi da un peduncolo; pone l'arto in abduzione. Quando la consolidazione è avvenuta il trocantere forma una lamina ossea proiettata in fuori, ciò che dà un notevole vantaggio all'azione dei muscoli abduttori.

In un caso in cui, oltre al riassorbimento del collo, la diafisi era risalita di circa 7 cm. H. G. accorciò di cm. 5 il femore del lato opposto, e si servì del pezzo di diafisi femorale asportato, per formare un nuovo collo dal lato malato.

Anchilosi dell'anca. — L'anchilosi dell'anca richiede l'intervento chirurgico solo quando è bilaterale, o associata a rigidità del ginocchio, o quando è fortemente dolorosa.

Le operazioni più comunemente usate per questa affezione sono:

1) la resezione della testa femorale;

2) l'artroplastica secondo Murphy;

3) l'artrotomia del collo con trasposizione del gran trocantere secondo Jones. Nè l'operazione di Murphy, nè quella di Jones han dato buoni risultati. La escissione della testa femorale toglie di solito il dolore, e dà, o la stabilità dell'articolazione, o la mobilità di questa, raramente queste due condizioni nello stesso tempo.

La testa deve essere completamente resecata e il collo femorale avvolto con la capsula artico-

lare, per impedire ulteriori aderenze. Se la cavità acetabolare è ruvida, la si può spalmare con cera di Horsley. La testa femorale può essere riformata con un chiodo d'avorio, infisso nel collo.

Recentemente (1926) Baer ha pubblicato un metodo suo di artroplastica: egli avvolge la nuova testa femorale con un segmento di vescica di maiale cromicizzata in modo da non essere riassorbita in 20 giorni. Su 100 casi egli ha ottenuto splendidi risultati: egli considera come buon risultato la conservazione di 25 % del movimento normale. È probabile che i tessuti periarticolari impediscano un movimento più ampio.

Lussazione congenita dell'anca. — Attualmente si può dire che la lussazione congenita può essere curata a qualunque età, ma che il grado di miglioramento dipende dall'età in cui la cura è stata fatta.

I casi possono essere divisi in tre gruppi: 1) bambini fino a 4 anni: in questi la riduzione può di solito ottenersi con manipolazioni; 2) da 4 a 14 anni; la riduzione incruenta è difficile o impossibile, ma essa può ottenersi con un intervento chirurgico; 3) adulti con forte spostamento della testa femorale e dolori per osteo-artrite della falsa articolazione: in questi un sollievo può essere ottenuto solo con un'osteotomia o con un'artrodesi.

Nei casi precoci l'unico ostacolo alla riduzione è la costrizione della capsula, che aumenta col gravare del peso del corpo sull'arto.

Nei ragazzi, di solito da 4 a 14 anni, in cui le manipolazioni (fatte sotto narcosi e col controllo radiologico) non conducono alla riduzione, l'intervento cruento diviene necessario. L'articolazione è esposta con un'incisione anteriore: la testa femorale si trova di solito dietro il tensor fascia latae; la capsula è incisa longitudinalmente, e si vede che essa ha la forma di una clessidra; l'acetabolo, se è poco profondo, può essere ingrandito, ciò che però espone al pericolo di un'anchilosi fibrosa; o può essere creato un margine sporgente cotiloideo, che impedisca alla testa di fuoriuscire (con uno o due lembi osteo-periostei peduncolati presi dall'ileo e spinti in basso a cerniera). È probabile che, migliorando ancora la tecnica si possano ottenere buoni risultati, sia per la stabilità (come quando si scava l'acetabolo) sia per la mobilità (come quando si allarga il ciglio cotiloideo). H. G. propone perciò di distaccare l'attacco della capsula sui margini dell'acetabolo, di suturare i margini della capsula distaccata, dopo avere scavato l'acetabolo; e di fare fuoriuscire i grossi fili, che hanno servito a suturare la capsula, traverso un buco fatto nel fondo della cavità cotiloide ampliata, fissandoli al legamento di Poupart. In tal modo la neocavità è rivestita di capsula, e la testa del femore è circondata dal suo sacco sinoviale.

Nei pazienti di 25-35 anni in cui si sono sviluppate alterazioni osteo-artritiche dolorose, la ricostruzione dell'articolazione è impossibile, perchè l'acetabolo si è colmato, la testa si è deformata, e i muscoli si sono permanentemente accorciati. Nella lussazione unilaterale un'osteotomia sottotrocanterica con fissazione in forte abduzione, correggendo l'innalzamento della pelvi che compensava l'adduzione, renderà meno corto l'arto, e il peso del tronco poggerà non più su legamenti, ma direttamente sul femore nel punto osteotomizzato. È questa la base della cosidetta operazione di biforcazione di Lorenz.

Nei casi di lussazione bilaterale questa operazione non può essere fatta, perchè i due arti sarebbero abdotti e non potrebbero conservare il parallelismo per il cammino.

Per un caso di lussazione bilaterale H. G. ha resecato a destra 5 cm. della diafisi femorale proprio sotto il piccolo trocantere; in tal modo la tensione dei grandi muscoli della coscia veniva a mancare, e la testa poteva essere ridotta, dopo avere svuotato la cavità cotiloide; i due monconi della diafisi erano riuniti con infibulamento intramidollare. Il caso era così ridotto a uno di lussazione unilaterale; e i due arti erano della stessa lunghezza. Il risultato, datante da 5 anni, è stato ottimo.

Nei casi di *paralisi infantile dei glutei abduttori*, specie del medio gluteo, il corpo non si può più bilanciare sull'articolazione coxo-femorale, e l'uso di gruccie è necessario.

A sostituire i glutei Legg utilizza il muscolo tensor fasciae latae, ma si tratta di un piccolo muscolo, ed inoltre, oltre produrre l'abduzione, quando è fissato il gran trocantere, agisce anche come flessore.

Kreuscher si serve della porzione inferiore del muscolo erector spinae, e per unirlo al gran trocantere, usa, come tendine, dei fasci di fili di seta.

H. G. ha combinato queste due operazioni, formando un muscolo digastrico del tensor fasciae latae ed erector spinae, riunendoli col tratto ileotibialis, che è stato distaccato vicino al ginocchio, ribattuto in alto, e fatto passare traverso l'origine del vasto esterno proprio sotto la sporgenza del gran trocantere.

A. CHIASSERINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

B. BEUDIX. *Malattie dei bambini.* 2 vol. Un.-Tip. Ed. Torinese, 1927. Prezzo L. 100.

È la traduzione del classico trattato dello Beudix, fatta sull'8ª edizione tedesca. Molti capitoli sono stati completamente rinnovati e aggiornati affinchè il medico sia al corrente delle più recenti acquisizioni ottenute nel campo pediatrico.

Interessanti specialmente, per la loro modernità, i capitoli sulle malattie della nutrizione dei lattanti, quelli delle malattie costituzionali, e quelli della patologia degli organi endocrini.

La traduzione, ottima ed accurata, è stata fatta dalla prof.ssa Angiola Borrino, la quale, con l'aggiunta di interessanti note originali, ha indubbiamente aumentato il valore dell'opera.

In complesso, si tratta di un ottimo manuale, al quale possono ricorrere utilmente medici e studenti che desiderino trovare esposto con chiarezza tutto ciò che può esser loro necessario nella giornaliera pratica pediatrica.

L'edizione è lodevole, come per tutti gli altri volumi della « collezione di manuali di medicina », di cui anche questo fa parte.

M. FABERI.

R. BRUNON. *Hygiène infantile.* Terza ed. N. Maloine. Paris, 1927. Prezzo: Frs. 12.

È la terza edizione di un piccolo volume, comodo per il suo formato tascabile, nel quale sono trattati vari argomenti d'igiene del bambino.

Lo stile facile, e la vasta cultura dell'A., il quale espone i capitoli riguardanti la fisiologia e la patologia della prima e seconda infanzia, e dell'adolescenza, temperando l'aridità didattica con argute osservazioni, e intercalando qua e là opportuni richiami storici, fanno sì che l'utile volumetto si legga rapidamente e con piacevole interesse.

M. FABERI.

GIUSEPPINA PASTORI. *Sulla frequenza della eredolues nei fanciulli anormali.* Pubblicazioni della Università Cattolica del Sacro Cuore. Vol. III della Serie VI: Scienze Biologiche. Società Editrice « Vita e Pensiero », Milano. Vol. di pag. 132. Prezzo: L. 8.

Le ricerche della dott.ssa Pastori, raccolte in questo volume, sono state eseguite su 203 anormali fra i 6 e i 16 anni. Nel 21.05 % di tali casi l'*eredolues* era certa; nel 33.33 % era probabile. L'*eredolues* figurava nella totalità di questi casi di eredoluetici, certi e probabili, come unico fattore etiologico in 54 casi, era invece associata ad altri fattori (alcoolismo, tubercolosi, gozzismo ecc.) negli altri 45 casi. L'A. si è basata per accertare l'*eredolues* sui dati anamnestici, sui risultati dell'esame clinico e sulla R. di Wassermann, ch'è stata praticata a volte anche sui genitori dei pazienti.

Da questi dati statistici, che la dottoressa Pastori ha tratti da ricerche molto scrupolose, risulta confermato il fatto che l'*eredolues* figura con notevole frequenza tra i fattori etiologici della frenastenia, sia isolata sia associata ad altri fattori non meno importanti.

D. PISANI.

L. JAUBERT. *La cure de soleil.* Pourquoi — où — comment la pratiquer. Un vol. in-18, illustr. Parigi, Ernest Flammarion edit. (rue Racine 26). Prezzo 12 fr.

Dalla sua lunga pratica elioterapica il dottor Jaubert era particolarmente designato a presentare ai medici, igienisti, educatori, un'esposizione chiara e completa, giudiziosa e misurata, di ciò che è la cura di sole e dei servigi che può rendere. Dopo alcuni dati sulle origini e la storia, l'A. ne esamina le basi scientifiche; espone poi gli effetti dell'insolazione sull'organismo sano e malato; questo capitolo di fisiopatologia consente di precisare, in un altro capitolo, le indicazioni e i risultati; l'A. affronta in seguito le appplicazioni alle affezioni mediche ed a quelle chirurgiche, insistendo sul carattere facoltativo e su quello imperativo delle varie indicazioni; l'ultimo capitolo è consacrato alla tecnica: l'A. precisa le condizioni migliori di clima, stagione, ubicazione, le modalità generali di applicazione e le singole applicazioni; termina con alcuni rilievi sui fattori adiuvanti e sulle cure complementari.

R. B.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

MEDICINA SOCIALE.

La "Carta sanitaria".

Dott. IGNAZIO CALLARI, ufficiale sanitario.

Giorni addietro pubblicavo in un giornale politico « *Il Popolo di Ancona* » n. 20, del 15 maggio, un articolo che portava lo stesso titolo, inviandone delle copie ad altri giornali politici perchè l'argomento fosse reso noto ed esaminato. Ma è più necessario che la questione venga studiata fra noi colleghi perchè dall'esame delle mie idee e da una serena discussione sorga un responso che stabilisca se è opera interessante l'istituzione obbligatoria di quella che io chiamo « *Carta Sanitaria* ».

Il rinnovamento della coscienza nazionale miracolosamente avvenuto per l'opera luminosa e grandiosa del nostro Duce, che suscita l'ammirazione di tutte le nazioni civili, nonchè l'invidia di altre che avrebbero preferito che l'Italia fosse rimasta nel suo guscio, schiava delle altre potenze, è un fatto compiuto che ci lascia perplessi ammiratori.

L'ultimo importante documento della elevazione del nostro popolo è la « *Carta del Lavoro* » per non dire delle altre organizzazioni di previdenza, di assistenza, di protezione, nonchè il potente progredire dell'agricoltura, dell'industria, del commercio, dell'aviazione, che completano la grandiosa opera del nostro Governo Nazionale.

Se è vero che *a noi medici* è stata affidata la soluzione di non pochi problemi che mirano alla Eugenetica, io credo che l'argomento di cui vengo a parlare, abbia anch'esso la sua importanza e, forse, si sarà già presentato a menti più elevate.

La *Carta sanitaria* dirà di ogni cittadino tutta la sua vita fisiologica, psichica e patologica. Essa dà un indirizzo migliore alla tutela della pubblica salute e, conseguentemente, al miglioramento della razza (eugenia).

Esaminiamo e discutiamo:

Quante volte qualcuno di noi non si trova di fronte ad un caso in cui riesce difficile il potere conoscere gli antecedenti familiari sia nel ramo ascendente, che collaterale e discendente. Noi sappiamo quali vantaggi potremmo trarre da queste conoscenze per l'indirizzo diagnostico e terapeutico di una malattia. Talvolta si tratta di certi disturbi ai quali l'infermo e i congiunti non hanno dato peso; ora è taciuta ad arte, per false superstizioni, una data malattia infettiva (sifilide, blenorragia, tubercolosi, tumori).

Il danno è sempre dell'infermo, mentre spesso siamo noi tacciati di ignoranza, ed è fortuna se talvolta noi stessi, coi mezzi di indagine scientifica, arriviamo a scoprire la verità celata, le antiche magagne di un vecchio impenitente, o le recenti battaglie di un giovanotto.

Ebbene, io ho sempre pensato che, se fosse resa obbligatoria la *carta sanitaria* e fosse fatto obbligo a tutti i medici di registrare volta per volta in questo libretto, tutte le malattie per le quali sono stati interpellati, aggiungendo anche le loro osservazioni personali e i loro consigli, tutti ne avvantaggerebbero.

Io mi vedo scagliar contro una falange di colleghi e tutti i puritani interessati, i quali si fanno un dovere di richiamare alla mia mente il dovere del *segreto professionale.* Rispondo tassativamente a tutti che *se la salute* è *legge suprema,* non deve esistere segreto professionale. Il segreto professionale non viene del resto tradito in quanto il medico non strombazza ai quattro venti la malattia di questi o di altri. Egli osserva e registra; la carta sanitaria resta in famiglia e seppure i genitori sapranno dalla carta sanitaria che un figlio ha contratto una malattia venerea, tanto di guadagnato; se ne gioverà il malato e i membri della famiglia. E del resto, non è forse obbligatoria ormai (ed era tempo!) la denuncia degli aborti, siano essi normali, o patologici, o provocati?

Procediamo innanzi.

Se una famiglia dovesse un giorno non servirsi più del proprio medico ed altro ne chiamasse, questi nel raccogliere l'anamnesi dell'ammalato non si troverebbe impacciato e vedrebbe nella C. sanitaria registrato tutto quanto è necessario per avere dei lumi sul caso, che gli si potrà spesso presentare difficile ed interessante.

La c. sanitaria dovrebbe essere seguita, come vedremo, da un vero e proprio *codice della salute.* Quanti decaloghi non leggiamo specie oggi ch'è ingaggiata con tutte le armi la lotta contro le più temibili malattie infettive? Ebbene, un gruppo di decaloghi del genere riuscirebbe allo scopo di istruire il popolo ed insieme a dei consigli sugli altri fenomeni della vita, egli avrà una coscienza superiore della propria esistenza. La c. sanitaria dovrebbe entrare in vigore col 1° gennaio 1928. Frattanto, tutti i medici avrebbero il tempo di regolarizzare la c. san. degli adulti, raccogliendo, per quanto è possibile tutti i dati più importanti della vita dell'individuo, le malattie, gli accidenti, i vizi e si occuperanno del mestiere, arte o professione e della salute dei discendenti se ve ne sono.

Ma il lavoro più interessante che recherà notevoli vantaggi è quello che dovrà essere fatto per i bambini, con le annotazioni che partono dal loro primo giorno di vita.

Mentre per l'adulto annoteremo tutto quanto egli potrà ricordare e sapere, e terremo conto delle sue tendenze, di qualche nota psichica o antropologica, e per la donna come per l'uomo prenderemo in esame il mestiere, l'arte o la professione, e per la donna, ancora, oltre che le malattie, gli episodi tutti della sua vita sessuale, dello allattamento, della mortalità e morbosità dei suoi nati, per il bambino noi dobbiamo seguirlo, fin dalla vita intrauterina.

Dall'andamento della gravidanza, dalla presenza o meno di una infezione *ante o post* concezionale, dalle eventuali stimmate, nel nato, di sifilide, di rachitismo ecc... noi abbiamo tanti elementi preziosi sullo avvenire della salute del bimbo, e ci traccieremo un programma di lotta.

Annoteremo le condizioni igieniche ambientali, se nacque in seguito a parto normale o distocico e quali conseguenze subì il suo organismo dalla distocia. Lo seguiremo avanti nella sua dentizione e nei suoi disturbi collegati con il genere dell'alimentazione (allattamento materno, mercenario o artificiale), nei disturbi frequenti dell'apparecchio gastro-intestinale e bronco-polmonare, glandulare, nervoso e sul suo sviluppo scheletrico e nella sua crescenza (peso del corpo). Prenderemo anche nota dell'epoca dei suoi primi passi e dei possibili difetti di andatura, della parola, della vista e dell'udito.

Più in là ci sarà dato annotare le comuni malattie dell'infanzia e meglio saranno rilevati i vari difetti. Cominceremo a prender nota dello sviluppo intellettuale, delle tendenze, della preferenza di certi giuochi, dei possibili vizï solitarï e meglio si rileveranno i difetti della vista, dell'udito, della parola.

Notizie, queste, utilissime agli insegnanti che dovrebbero, prima di ammettere un alunno richiedere la c. sanitaria, o delle informazioni al medico di famiglia. Annoteremo l'epoca della vaccinazione antivajolosa e delle altre vaccinazioni praticate a scopo preventivo contro le malattie infettive, come anche certi disturbi anafilattici dovuti a sostanze alimentari, a medicine, o a sieri e vaccini.

Il medico che conosce il suo cliente *intus et extra* potrà consigliare quale mestiere od arte è adatto in certi casi.

E nell'età adulta tutto sarà annotato, anche se trattasi di disturbi che appaiono lievi e che pure potranno avere la loro importanza in un tempo avvenire.

L'adulto, un giorno, possessore della sua c. sanitaria avrà una cognizione esatta della sua vita e, consultandola, potrà trarre degli ammaestramenti che sono necessari al suo miglioramento. Se proviene da genitori tubercolotici, o epilettici, o alcoolizzati o sifilitici potrà sentire il dovere di non procreare degli infelici, mentre penserà a rafforzare il suo organismo.

Se la c. sanitaria dovrà essere obbligatoria, occorre che le trascrizioni del medico siano vere e nulla nascondano. Siamo sinceri: quante bugie pietose non siamo spesso costretti a dire per evitare lo scatenarsi di tempeste familiari. Ebbene io penso che oggi le cose devono cambiare; bisogna anche rinnovare la coscienza sanitaria dei nostri clienti, bisogna persuaderli che nascondendo la verità possiamo arrecare dei danni incalcolabili.

Si ripristini pure la funzione solenne del giuramento del medico, che in poche parole, deve racchiudere il concetto di dir sempre la verità agli interessati per il bene unico e supremo della salute di tutti.

La c. sanitaria, dicevo, deve essere esibita agli insegnanti e a tutte le autorità costituite ed ha la sua importanza presso la Giustizia. Difatti la conoscenza delle abitudini, tendenze, vizï, malattie, temperamento ecc., di un imputato, molto potrà giovare al giudice popolare come a quello togato, meglio che cento testimoni o una perizia.

Provvista dallo Stato ai Comuni a prezzo di costo, potrà dai Comuni essere distribuita ai cittadini ad un prezzo di poco superiore, evolvendo a beneficio di altri enti bisognosi, il dippiù. Ecco in breve le mie idee alle quali faccio seguire un sommario dei dati necessari da trascrivere nella c. sanitaria.

*
* *

Anzitutto figureranno i dati anagrafici e non è fuor di luogo un cenno sulle condizioni climatologiche, meteorologiche e crenologiche del paese di nascita.

Si indicherà la professione, arte, mestiere per gli adulti e le condizioni economiche. Notizie sull'igiene della abitazione dell'interessato non sono fuor di luogo. Seguiranno le notizie anamnestiche personali, degli ascendenti dei collaterali e discendenti se ve ne sono. Si indicherà quindi se nacque a termine o no, se in seguito a parto normale, se la gravidanza materna decorse regolarmente o se il parto fu distocico e quali conseguenze, eventualmente ha sofferto il feto. Questi dati avranno la loro importanza in un avvenire recente e lontano. È opportuno, se possibile, indicare se l'allattamento fu materno, mercenario, animale o misto a quello artificiale e quali preparati artificiali furono usati (succedanei del

latte) e quali disturbi il bambino ebbe, nel caso, a soffrire. Di tali disturbi che colpiscono l'apparecchio gastro-intestinale sarà fatto cenno in modo particolareggiato al capitolo speciale delle malattie di detto apparecchio. Occorrendo si noteranno i fatti più importanti dello sviluppo scheletrico e le sue eventuali deformazioni in connessione alla nutrizione generale, sviluppo muscolare e peso del corpo. Nel bambino l'uso della bilancia è l'indice migliore del suo stato di salute. Sarà posta attenzione allo sviluppo dei genitali esterni tanto nel maschio, che nella femmina e alle anomalie che potranno osservarsi. Molte di queste anomalie sono suscettibili di guarigione con l'intervento chirurgico.

Per la donna si prenderà nota di tutti gli episodi della vita sessuale, a cominciare dalla prima mestruazione e dei disturbi di essa per epoca, durata e quantità. Indi saranno descritte le varie gravidanze e gli esiti, mentre delle malattie durante esse e dei parti o aborti sarà detto nei capitoli speciali. Le date della 1ª vaccinazione antivaiolosa e delle rivaccinazioni con gli esiti e le occasionali complicanze sono anche necessarie, come le vaccinazioni di vaccini profilattici o di sieri profilattici e curativi annotando se vi siano stati fenomeni di anafilassi o di shok.

I disturbi della parola, della vista, del tatto, dell'odorato, dell'udito saranno descritti con referti chiari, possibilmente fatti dagli specialisti e così eventuali referti radioscopici, esami di urine, di sangue, di liquido cefalo rachidiano, di feci e d'altri liquidi o sostanze normali o patologici.

Per il bambino l'annotazione sul modo come procede il sonno, se urina durante la notte, sullo sviluppo dell'intelligenza, sulle sue tendenze, sulla preferenza a questo o a quel gioco, sui vizi solitari ecc... ha la sua massima importanza. Il bambino, come l'animale, fa da sè la scelta dei cibi che più gli aggradano. Ebbene, si prenda nota anche di questo e si tenga in considerazione se dati cibi ad es: producono disturbi speciali come orticaria o altro. Si tratta di fenomeni anafilattici che si possono avere anche per la somministrazione di certi medicinali, o per iniezione di certi sieri o vaccini, o per l'aspirazione di certe polveri di ambiente.

*
* *

In una seconda parte della carta sanitaria in capitoli diversi saranno descritte le varie malattie del cuore e dei vasi, dell'apparecchio broncopolmonare e gastro-enterico, del fegato e della milza e del pancreas, dello apparecchio genitourinario, della pelle e dei suoi tegumenti, degli occhi, orecchi, naso, gola, cavità orale. Per tutti i casi descrivere sempre la sintomatologia principale, il diagnostico, il metodo di cura predominante e l'esito.

In un capitolo a parte sarà presa nota di tutte le malattie d'indole chirurgica e i traumi che possono interessare tanto lo scheletro, come gli organi interni ed i tegumenti esterni, come i tumori.

I disturbi della mestruazione, della gravidanza, le malattie del puerperio, parti ed aborti saranno citati al notiziario sulla vita sessuale della donna.

Le malattie veneree, le malattie professionali e del lavoro, le malattie infettive avranno anch'esse un loro capitolo a parte.

*
* *

In una terza ed ultima parte dovrebbero essere esposti sotto forma di decaloghi i consigli per i malati venerei e il modo di prevenire tali mali; le norme per difendersi dalla tubercolosi e i consigli ai malati; le nozioni più recenti sul cancro e richiamare l'attenzione di interpellare subito il chirurgo che potrà evitare a tempo una catastrofe; le norme più elementari per evitare il contagio nelle malattie infettive, i consigli sulle disinfezioni e modo di assistere gli ammalati. Anche dei cenni sulla igiene delle abitazioni, su quella alimentare, sessuale, e consigli sul clima da preferire e sul modo di fare i bagni di mare, di sole, oltre ad esporre le verità paurose conseguenziali dell'alcoolismo, completeranno l'opera.

Il lavoro è enorme non tanto per chi deve poco a poco annotare le proprie osservazioni sulla carta sanitaria, quanto per colui che avrà l'ambito e difficile incarico di compilarla se il Governo Nazionale, vigile custode della pubblica salute, farà suo il progetto che ho avuto l'onore di sottoporre allo studio ed alla critica dei colleghi.

Numana (Ancona).

NOTA. — I giornali politici ai quali mi son fatto un dovere di inviare copia dello articolo del *Popolo di Ancona* non si sono occupati dello argomento. Intanto prevedo che mi darà l'onore di occuparsene, il prof. Morselli in *Praxis*, e sarebbe credo della mia stessa opinione il dottor Coupu di Rennes che propone che ogni chirurgo rilasci al suo ammalato un protocollo operatorio preciso.

I. C.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 26 febbraio 1927.
Presiede il prof. R. ALESSANDRI, Presidente.

Il prof. ASCOLI ricorda all'Accademia la dolorosa scomparsa del prof. CARLE, il cui nome stava per figurare fra i soci onorari nazionali dell'Accademia. Propone di inviare una lettera di condoglianza alla Famiglia ed una alla Facoltà di Torino, significando l'atto che l'Accademia stava per compiere in onore del prof. CARLE. L'Accademia si associa.

Sull'incontinentia ureterica e sulla duplicazione bilaterale completa degli ureteri.

Dott. MANFREDO ASCOLI. — L'O. premette che esistono già nella letteratura 14 casi di duplicazione bilaterale completa degli ureteri; il suo è pertanto il 15° e riguarda una femmina. Nel caso riportato i due ureteri del rene destro sboccavano in vescica, mentre dei due ureteri del rene sinistro, uno sboccava in vescica, l'altro nell'uretra con incontinenza di urina. Il caso è stato trattato chirurgicamente mediante eminefrectomia sinistra.

Il prof. MARGARUCCI domanda se non si sarebbe potuto curare con una semplice resezione dell'uretere uretrale.

Il dott. ASCOLI fa osservare che per lo più essendo le due pelvi del rene, da cui si dipartono gli ureteri, separate tra loro, si sarebbe rischiato di produrre idronefrosi.

Un nuovo mezzo di diagnosi nelle affezioni degli organi genitali maschili.

Dott. P. VALDONI. — L'O. descrive un nuovo mezzo di diagnosi delle affezioni testicolari, consistente nell'insufflare ossigeno nella cavità vaginale e nell'eseguire poi radiografie. Descrive partitamente la tecnica e presenta una serie di radiografie.

Sulla istopatologia della « chorea minor ».

Prof. G. AYALA e Dott. R. ALTSCHUL. (Riferisce il prof. AYALA). — L'O. riferisce degli studi istopatologici eseguiti in un caso di chorea minor venuto a morte per endocardite vegetante. Venne trovato il quadro di un'encefalite, non suppurativa, con piccole emorragie diffuse ed infiltrazione perivasale, partecipazione della pia madre, senza gravi lesioni delle cellule corticali.

Passa a discutere sulla etiologia della chorea che può riguardarsi come una sindrome in dipendenza di varie cause, il che sarebbe in rapporto con i vari reperti istoanatomici finora trovati, e rileva come almeno in alcuni casi, sia probabile la natura infettiva.

Ulcera perforata del tenue (a un metro dal duodeno), dopo gastro-digiunostomia per « ulcus simplex duodeni ».

Prof. V. IURA. — Il caso riferito dall'O. riguarda un uomo di 37 anni che venne a morte per peritonite al 6° giorno dopo una gastroenterostomia per ulcera duodenale. L'autopsia dimostrò un'ulcera del digiuno, ad un metro dal duodeno, in corrispondenza di un follicolo solitario. Gli esami eseguiti stabilirono trattarsi di un'ulcera semplice, dovuta probabilmente ad una embolia retrograda postoperatoria. L'O. cita la letteratura esistente.

Sopra un saggio biologico degli estratti ipofisari.

Prof. P. DI MATTEI. — L'O. riferisce su di un saggio proposto da AA. tedeschi, consistente nella produzione di un'espansione dai melanofori tegumentali della rana. L'O. dimostra che tale reazione non è dovuta all'azione dell'estratto ipofisario, ma bensì al cloretone, sostanza che viene aggiunta a scopo conservativo dai fabbricati di questo estratto. Estratti privi di cloretone non dànno la reazione.

I vari tipi di meningococco nella prognosi e nella cura della meningite cerebro-spinale epidemica.

Prof. T. PONTANO. — L'O. ricorda che in passato la sieroterapia antimeningococcica venne ritenuta efficacissima, tale da meritare il secondo posto dopo la sieroterapia antidifterica. In seguito si ebbero a lamentare numerosi insuccessi anche con enormi quantità di siero. Riferisce poi casi occorsigli personalmente nei quali la sieroterapia fu poco o nulla efficace, e prende da ciò l'occasione di discutere il rapporto fra l'efficacia dei sieri ed il tipo di meningococchi.

Conclude con l'affermare che occorrono in proposito ulteriori studi sui tipi di meningococchi ed il loro potere antigeno, e rileva che la cura dei meningitici dovrebbe essere fatta in reparti specializzati.

Il prof. ARCANGELI si associa al prof. PONTANO nell'affermare la diversissima efficacia della sieroterapia antimeningococcica a seconda dei casi. Asserisce poi di aver ottenuto in alcuni casi un risultato favorevole con l'iniezione al malato del liquido c.-r. prelevato con punture lombari e scaldato a 60°.

Il prof. AYALA conferma egli pure i diversi risultati che si ottengono con la sieroterapia, e rileva come talora buoni risultati si hanno con semplice siero di cavallo normale.

Il prof. SANARELLI prende occasione dei rilievi fatti dal prof. PONTANO, a proposito delle incognite nella sieroterapia antimeningococcica, per propugnare l'utilità che avrebbe l'istituzione di un Istituto di Medicina Sperimentale. Rileva poi l'interesse di quanto ha affermato il prof. ARCANGELI in rapporto all'autosieroterapia e ricorda esperimenti di autosieroterapia eseguiti nell'Istituto d'Igiene.

Il prof. PONTANO risponde osservando che tanto il siero di cavallo normale che l'autosieroterapia, rientrano nella sfera della proteinoterapia aspecifica, mentre egli, nella sua comunicazione, ha creduto di dover sollevare la questione della sieroterapia con anticorpi specifici.

Il Segretario: V. PUNTONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Febbre reumatica acuta e corea.

Nel *Canad. Med. Assoc. Journal*, genn. 1926. Boussière e Rhea richiamano la attenzione sulla importanza dei rapporti da essi constatati tra corea di Sydenhan e febbre reumatica acuta. Sia prima che dopo una crisi coreica è stato spesso osservato un attacco di reumatismo febbrile ed ambedue appaiono di preferenza nei bambini tra i sei e i dodici anni con maggior frequenza nelle femmine. In ambedue i casi colpisce la frequenza delle complicanze cardiache. Sembra che le amigdale abbiano una importante azione in ambedue le affezioni particolarmente come porta di entrata (79 % nei casi di corea e 82 % nei casi di reumatismo febbrile). Queste affezioni appaiono specialmente nelle stagioni più asciutte. Sia l'eredità che gli antecedenti dello ammalato avrebbero una certa importanza ma questo non è stato messo molto chiaramente in evidenza. La febbre reumatica acuta ha un inizio molto brusco.

Ad un periodo di malessere di breve durata (mezza giornata) segue immediatamente un aumento della temperatura e la comparsa delle alterazioni articolari. Meno improvviso invece è l'inizio nella corea: una smorfia della bocca, una incertezza nei movimenti l'alterazione del carattere, il bambino diventa facilmente emotivo e nervoso. Quasi sempre la parola è più o meno imbarazzata, ma gli autori non hanno mai constatato corea paralitica. Il trattamento in ambedue i casi è stato sempre eseguito con riposo a letto, somministrazione di salicilato di sodio e tintura di digitale nel caso di complicanze cardiache; quando lo stato del malato lo ha permesso ablazione delle amigdale allo scopo di evitare una ricaduta proveniente dallo stesso focolaio d'infezione. La prognosi generalmente non è grave per la vita ma con molta facilità la salute futura resta compromessa se è stato leso il cuore. Nella corea aggrava ancora di più la prognosi la possibilità di alterazioni irrimediabili delle facoltà intellettuali e del carattere del bambino. Da questo deriva la necessità di un trattamento precoce e specialmente prolungato anche dopo la manifestazione di un certo miglioramento.

PALLADINI.

Forme rare di tetano.

J. Tapia (*Gazette des Hôpitaux*, 1924, p. 237) ricorda il tetano splancnico, o viscerale, che, 8-10 giorni dopo una ferita viscerale, accidentale od operatoria, inizia con fenomeni idrofobici, e poco o nulla trisma, poco o nulla rigidità degli arti, spiccata invece nel collo e nel tronco. Febbre, tachicardia, e dispnea sono precoci. La morte suole avvenire nelle 48 ore.

Ricorda pure il tetano cefalico, che inizia 15-20 giorni dopo una ferita della faccia con trisma, retrazione dell'ala del naso, spesso asimmetria facciale per paralisi facciale dal lato ferito, paralisi generalmente completa, di tipo periferico, talora bilaterale, talora estesa ad altri nervi cranici. L'opistotono è poco accentuato. I casi meno gravi sogliono guarire (mortalità 40-50 %).

Di solito nel tetano il sensorio è integro e la mente non è alterata, ma nelle forme cerebrali può esserlo: tali forme si provocano sperimentalmente negli animali iniettando il virus nei centri, e si sono avute nell'uomo durante la guerra in seguito a ferite del cranio.

È stato anche descritto un tetano locale degli arti, monoplegico, con poco trisma, poco sudore, spasmi circoscritti; è noto un tetano paraplegico, ed uno emiplegico.

Il tetano può manifestarsi dopo settimane o mesi dalla ferita, talora durante una malattia infettiva o dopo un'operazione.

La patogenesi di queste forme, che si possono sperimentalmente riprodurre negli animali con acconce dosi di tossina pura o diluita, è abbastanza chiara. Il tetano viscerale sperimentale si ha iniettando la tossina in organi innervati dal simpatico.

Quanto alla diagnosi, occorre ricordare che nell'idrofobia manca il trisma e la rigidità permanente.

Così pure nell'eclampsia manca la rigidità tra i parossismi, onde si può distinguere dal tetano puerperale. In questo manca la cefalea, l'albuminuria, i disturbi visivi, l'ipertensione.

Nelle paralisi dei nervi cranici, specie il VII, ricordare che il tetano può essere in causa, e ricercare il trisma e la rigidità del collo. Escludere, nei casi dubbi, una frattura della base del cranio, con una radiografia. La puntura lombare escluderà una meningite. Il tetano locale va differenziato dalla rigidità di origine piramidale, dalla tetania, dalla meningite. Nell'intervallo tra gli accessi di epilessia jaksoniana manca la rigidità.

Quanto alla terapia, conviene dare l'antitossina a larghe dosi. Utili sono le iniezioni di cloralio e acido fenico.

DORIA

La prova di Dick in un'epidemia scolastica di scarlattina.

A. Robertson (*Journ. A. M. A.*, 13 giugno 1926) in occasione di un'epidemia scolastica di scarlattina fece la prova di Dick in tutti gli scolari e su coloro che erano stati a contatto con essi, ed osservò poi lo svilupparsi dell'epidemia.

La prova fu negativa in un caso di scarlattina al 2° giorno dell'esantema, ed in un altro paziente che ebbe l'esantema due giorni dopo: dunque anche coloro che reagiscono negativamente possono essere recettivi.

In tutti i casi di scarlattina divenne negativa in convalescenza.

L'A. si servì di culture di streptococco di Dochez, in brodo, di 4 giorni, filtrate per candela. Per il controllo, bolliva il filtrato per due ore. Iniettava nel derma 1/20 di cmc. Considerava negative le reazioni se il controllo dava una macchia identica; positive, se l'estensione della macchia del controllo era minore.

DORIA.

Recenti osservazioni sull'amebiasi.

Attualmente molto si discute se sia possibile distinguere nettamente le amebe in patogene e non patogene.

Musgrave e Clegg isolarono da feci dissenteriche un'ameba contrassegnata col n. 11524, e poi dal nome Vahlkampfia lobospinosa, che venne dapprima considerata innocua. Essa vive in simbiosi con un particolare batterio, ma dopo vari passaggi diviene meno esigente, e si contenta anche di altri germi. È stato possibile coltivare il bacillo della lebbra in pura cultura mista con essa.

Orbene tre medici, tra cui lo stesso Clegg, deglutirono prima una forte dose del batterio satellite specifico dell'ameba in parola, e pochi giorni dopo una forte dose della stessa ameba: in tutti si sviluppò una tipica amebiasi.

Così fu pure possibile infettare delle scimmie, ed averne tipiche ulcerazioni del colon.

Certo, anche per le amebe, molto dipende dalla virulenza dello stipite e dalla recettività del paziente.

Così è facile osservare che in ogni colite amebica con ulcere in atto i vasi sanguigni sono invasi dalle amebe: pure l'ascesso epatico si sviluppa solo in un caso su venti circa.

Gli ascessi epatici contengono dapprima amebe e germi satelliti, poi solo amebe, poi possono sterilizzarsi anche rispetto ad esse, e divenire un *caput mortuum* che si rileva solo all'autopsia.

Sarebbe forse utile studiare più a fondo la questione dei germi associati con le amebe patogene, quantunque sembri che non vi sia generalmente una grande selettività in tale associazione.

(*Jour. A. M. A.*, 2 ott. 1926).

DORIA.

TERAPIA.

I rimedi del sistema vegetativo.

Prima di elencarli, Molinari (*Riv. Ital. di Ter.*, 1927, n. 2) fa una riserva: che cioè essi non sono dotati di elettività semplice (ad es. l'adrenalina eccita il simpatico, la pilocarpina il parasimpatico, l'atropina inibisce quest'ultimo, ecc.), ma che hanno un tropismo secondario opposto talora a quello principale e che emerge quando si variano le dosi, o cambiano gli organi e i sistemi da sottoporsi alla terapia. E ciò spiega le disillusioni, i risultati paradossali, gli insuccessi (Löderbergh).

I gruppo. - Stimolatori del simpatico. Adrenalina. — Utile nelle sindromi di insufficienza surreno-simpatica, nei casi di shock anafilattico, nell'asma e in certe dispnee parossistiche. L'apparato cardiovascolare però risente dell'azione amfotropa dell'adrenalina: essa ne eccita tanto il sistema simpatico che il parasimpatico. La forma medicamentosa abituale è il cloridrato, più efficace per iniezioni ipodermiche o intramuscolari, meno efficace per bocca o per via rettale. L'iniezione intravenosa è pericolosa e va riserbata ai casi gravi, usandone con molta prudenza.

Anche il cloruro di calcio e la stricnina a dosi sufficienti sono simpaticotropi.

II gruppo. - Inibitori del simpatico. — La chinina è utile nei basedowiani contro la tachicardia e la diarrea. Essa inoltre paralizza la porzione motrice del simpatico uterino e modera la ipereccitabilità cardiaca.

I nitriti hanno azione ipotensiva, e vasodilatatrice ben nota.

La segala cornuta inibisce del pari il simpatico (orticaria, emicrania, Basedow).

Tra i derivati xantinici, spiccata azione simpatico-inibitrice hanno la teobromina e la caffeina.

III gruppo. - Vagotropi. Eserina. — Essa ha azione eccitante sulle fibre muscolari lisce dell'intestino attraverso il vago. Attiva le secrezioni pancreatica, salivare e sudorale e rallenta il ritmo del cuore. Poichè è vagotropa, è usata nelle simpaticotonie per inibire il simpatico (tachicardie parossistiche, ipertiroidismo, costipazione atonica). Talora ha azione amfotropa e allora la si associa paradossalmente all'atropina. Dell'eserina si usano i sali, specie per bocca, e un suo derivato, la geneserina, meno tossica.

Anche lo jaborandi e il suo alcaloide, la pilo-

carpina, sono vagotropi, però talora ad azione infida, con manifestazioni multiple di effetti dissociati.

Altri stimolatori del parasimpatico sono l'arecolina e l'acetilcolina, sostanze non ancora adoperate in terapia, ma solo sperimentate negli animali.

IV gruppo. - Vago-inibitori. Atropina. — Essa è capace di agire su ambedue i sistemi neurovegetativi, ma a dosi opportune può considerarsi un tipico paralizzante del vago e in terapia si adopera in ogni manifestazione di vagotonismo.

Analoga, ma meno intensa, è l'azione della ioscriamina, usata specialmente nel Parkinson. La scopolamina o ioscina ha pure azione vagoinibitoria; attenua inoltre l'eccitabilità cerebrale e spiega azione ipnotica, perciò viene associata alla morfina, come adiuvante della narcosi.

La lobelina, alcaloide della lobelia, agisce favorevolmente come antiasmatico e contro lo spasmo dei muscoli dei piccoli bronchi.

Ma la cura dei disturbi della vita vegetativa dovrà comprendere anche l'uso di sostanze opoterapiche; inoltre molte misure igieniche generali saranno da tenere in gran conto (esercizi fisici, vita all'aria libera). Il clima marino è più indicato nei vagotonici, quello montano nei simpaticotonici. Inoltre i bagni caldi provocherebbero una stimolazione del vago, i freddi del simpatico.

GARRONE

Efficacia della cura malarica nella paralisi progressiva.

Per giudicare l'efficacia dell'inoculazione della malaria in caso di paralisi progressiva è necessario raggruppare i casi a seconda dello stadio in cui è stata praticata la cura. (J. Gerstmann. *Wiener klinische Wochenschr.*, n. 13, 1927).

Nei casi curati nei periodi iniziali della paralisi progressiva si ottengono quasi sempre miglioramenti più o meno notevoli. Nei casi osservati dall'autore si provocarono a scopo terapeutico otto o dieci accessi malarici prima di interrompere la febbre. In seguito venne praticata una cura di salvarsan somministrandone in tutto circa 5 grammi.

Nell'83,8 % dei casi curati e seguìti più a lungo, l'autore constatò una remissione completa dei sintomi; nel 10,33 % una remissione incompleta. Tutti i casi poi migliorarono in seguito alla cura malarica. Nei paralitici curati con la malaria diminuisce notevolmente l'iperalbuminosi e la linfocitosi del liquor, mentre la reazione di Wassermann e la reazione globulinica rimangono positive per molto tempo. I casi curati dall'autore vennero tenuti in osservazione per un periodo di 12-18 mesi.

POLLITZER.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Ulteriori studi sul trapianto del rene.

C. S. Williamson (*The Journ. of Uro.*, vol. XVI, n. 4) ha usato nei suoi esperimenti cani, e riporta 4 protocolli. Il lavoro è stato eseguito nel reparto di Chirurgia Sperimentale della Mayo Foundation. Nei trapianti di un solo rene l'A. ha eseguito l'anastomosi dei vasi renali, termino-terminalmente colla giugulare e colla carotide e ha poi stabilito una fistola ureterale cervicale. Nei trapianti in blocco dei due reni ha seguito una tecnica quasi identica a quella originale di Carrel-Guthrie.

Ha osservato che un trapianto autogeno di rene è capace di mantenere in vita l'animale anche per mesi dopo che è stato asportato l'altro rene, e che durante questo tempo, nel quale il rene autogeno trapiantato funziona, l'orina mostra i normali elementi in normale proporzione e l'animale vive e si comporta come un animale sano.

Il fatto che molti degli animali muoiono è dovuto a una idronefrosi che si stabilisce nel rene trapiantato e a infezioni ascendenti.

I trapianti omogenei attecchiscono e funzionano bene come gli autogeni, ma solo per alcuni giorni, eccetto che nei rari casi, fra i quali quelli di Carrel, nei quali il trapianto si mantiene in vita più a lungo e che l'A. attribuisce a speciali affinità umorali fra l'animale donatore e il ricettore. Egli ha potuto osservare come l'azotemia dei cani che oltre ai propri reni ne posseggono un terzo trapiantato e funzionante, sia notevolmente ridotta. Non crede che la sede del trapianto abbia influenza sulla sua vitalità nè sulla durata di essa, e nemmeno sul processo patologico che produce la distruzione di questi trapianti omogenei. In casi nei quali colle più accurate ricerche l'A. aveva potuto escludere che si fossero stabiliti processi infettivi renali, ha visto all'esame microscopico di trapianti omogenei, la cui funzione cominciava a declinare o era del tutto cessata, un quadro che egli ha interpretato come quello di una glomerulo-nefrite acuta atipica che era seguìta poi da una nefrite acuta generalizzata. Se reni trapiantati nei quali questi processi morbosi si siano stabiliti vengono lasciati *in situ*, essi hanno tendenza a venire sostituiti da tessuto fibroso. Tali fatti possono venire attribuiti a una incompatibilità biologica fra recipiente e donatore.

Infine l'A. crede che la possibilità di omotrapianti possa venire presa in considerazione in alcuni casi speciali e propone un trapianto con anastomosi vasali termino-laterali nel triangolo di Scarpa.

MANFREDO ASCOLI.

L'origine surrenale dei tumori ipernefroidi del rene.

L. Pick (*Med. Klinik* n. 1, 1927) osserva che i tumori ipernefroidi del rene non riproducono nella totalità la struttura delle glandole surrenali; in generale essi rassomigliano notevolmente alla corteccia delle surrenali e più particolarmente alla zona fascicolata della corteccia. Questi tumori si originano da particelle della surrenale che per anomalie del processo di sviluppo si sono trovate racchiuse nel rene. I frammenti surrenali staccatisi dall'abbozzo originario talvolta rimangono poi vicino al surrene, spesso impigliati nei plessi nervosi, altre volte essi pervengono alla superficie di organi vicini (rene, fegato, vasi spermatici, ecc.). Questi surreni accessori sono in generale composti di sola sostanza corticale, ecezionalmente essi possono contenere anche sostanza midollare. I tumori ipernefroidi che si sviluppano da questi surreni accessori sono particolarmente frequenti nel rene. La rassomiglianza istologica di questi tumori con la corteccia surrenale rende molto verosimile la loro origine surrenale. La certezza assoluta dell'origine surrenale dei tumori ipernefroidi del rene si potrebbe però avere soltanto se si riuscisse a dimostrare in alcuni di essi una struttura che riproducesse oltre alla sostanza corticale anche quella midollare del surrene. Infatti tumori renali composti di tessuto cromaffine e di tessuto simpatico non potrebbero provenire che da frammenti surrenali ectopici. All'autore è riuscito di dimostrare con sicurezza l'origine surrenale di un tumore ipernefroide del rene: il tumore era infatti composto da un nucleo gangliocitomatoso e da un involucro a struttura tipicamente ipernefroide.

POLLITZER.

Studi sulla decompressione della vescica.

Maredith F. Campbell (*The Journal of Urology*, vol. XVII, n. 3, marzo 1927) fin dal 1911 ha intrapreso studi sperimentali sulla vescica distesa. Portando la sua osservazione su pazienti in ritenzione acuta, tutti prostatici, e sottraendo piccolissime quantità di liquido dalla vescica e studiando, mediante un manometro ad acqua, le piccole variazioni di pressione della vescica ha potuto stabilire quanto segue: in tutti i casi la tensione della vescica fu ridotta del 50 % con la rimozione di soltanto 120 cmc. di liquido, in qualche caso con la rimozione di 90 e in qualche altro con quella di 60 cmc.; in tutti i casi la rimozione di 30 cmc. ridusse la tensione del 25 %. Quando la pressione vescicale arrivava a zero l'urina residua variava da 90 a 720 cmc. il che fa notare l'evidenza della perdita del tono muscolare per distensione.

Da queste esperienze si può stabilire che la rimozione dei primi 100 cmc. è quella che produce lo shock maggiore renale e circolatorio e che rimuovendo soltanto 30 cmc. si ha l'inizio di questo ciclo vizioso. Quindi è futile la pratica di vuotare parzialmente o a metà la vescica, o vuotarla completamente e riempirla a metà giacchè la rimozione dei primi 30 cmc. ha già eccitato la reazione renale, mentre riducendo gradualmente la tensione vescicale con una graduale e attenta rimozione dei primi 30-60 cmc. si riduce la reazione e lo shock renale e si ha un più graduale abbassamento della pressione sanguigna. G. ANNICCHIARICO-PETRUZZELLI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. C. B., da Francavilla al Mare:

Non mi risultano pubblicazioni recenti che trattino dei doveri dell'ufficiale sanitario in relazione alle disposizioni di legge recenti.

Può consultare il volume del VICO (*La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale*. L. 16, editore Luigi Pozzi) integrandolo con le ultime leggi. Peraltro si attende ancora il regolamento sanitario. SELVAGGI.

Al dott. A. P., da Fragagnano (Taranto):

Non è possibile fare un elenco dei medicinali che la levatrice può richiedere ed usare. Le determinazioni concrete dipendono dalle norme che regolano e limitano le competenze della levatrice. Essa è chiamata ad assistere al *parto naturale* e dev'essere provvista dei mezzi necessari per questo scopo e per arrestare la emorragia nei casi urgenti. La levatrice è obbligata a far chiamare il medico appena nell'andamento del parto o del puerperio si manifesti qualche fatto irregolare. S'intende che in caso di urgenza, qualora manchi il medico, e la levatrice ne abbia richiesto l'assistenza, essa può fare quanto è indispensabile. Ma normalmente è vietato alla levatrice di praticare operazioni che richiedano l'uso di strumenti chirurgici ovvero operazioni manuali sul feto o nell'utero. Nei limiti della sua competenza, la levatrice può spedire ricette: per esempio, se deve arrestare d'urgenza una emorragia richiederà i medicinali adatti. S.

All'abb. n. 6697-(1):

Oltre i libri indicati nel fascicolo 24 anno in corso, pag. 870, di questo periodico, indichiamo. ROGER, WIDAL e TEISSIER: *Nuovo Trattato di Medicina*, volume VI: *Intossicazioni*. DR.

VARIA.

La cura delle malattie nei viaggi di mare.

Per mezzo dell'investigazione dell'igiene moderna è stato accertato che il mare è uno dei più importanti rimedi climatici a disposizione dell'umanità dolorante e che i suoi poteri terapeutici sono per lo meno uguali se non superiori a quelli contenuti sulle montagne, nelle foreste e anche nel deserto (Pertusio C., *Liguria Med.*, n. 5, 1927).

Tutti i medici sono concordi nel dichiarare che in connessione coi bagni di mare, non si deve dimenticare l'utilità dei viaggi di mare e del clima marino. Questo rimedio curativo che è stato da lungo tempo consigliato per i malati degli organi respiratori, oggigiorno è raccomandato anche per i pazienti che soffrono di malattie nervose.

L'assoluta mancanza di polvere e di microorganismi nell'aria marina e la sua alta percentuale di umidità è molto proficua per i pazienti che soffrono di malattie della laringe e dei polmoni In conseguenza dell'alta pressione atmosferica, la respirazione è facilitata: gli asmatici, ad es., ne ottengono giovamenti enormi.

Certamente il potere curativo del clima marino in alto mare è superiore a quello delle spiaggie e ciò si spiega facilmente perchè in alto mare l'aria è più pura, contiene pochissimo acido carbonico e nessun germe patogeno.

Contiene invece una grande quantità di ozono e una percentuale relativamente alta di umidità. L'aria marina agisce sopratutto per la sua purezza, per i suoi venti, per la sua elettricità, per il suo ozono, per il cloruro di sodio, lo jodio, il bromo, la luce.

Il cloruro di sodio ha un'azione eccellente sulle membrane mucose e rinvigorisce l'organismo; il bromo esercita una blanda influenza sul sistema nervoso.

Il valore igienico dell'ozono che è pure contenuto in grandi quantità nell'aria di mare, indubbiamente esercita una grande influenza sulle condizioni del corpo umano. È detto pure che l'ozono ha un potere disinfettante, che ha la capacità di distruggere i germi patogeni e specialmente un effetto direttamente rinvigorante.

Ma oltre ai fattori climatici di un viaggio di mare, vi sono altri fattori terapeutici molto favorevoli all'organismo.

La vista dell'Oceano senza confine che circonda il piroscafo, ha sempre un effetto calmante sul sistema nervoso dei passeggeri, i quali, se lo desiderano, possono più facilmente appartarsi a bordo di un transatlantico che non in un Hôtel o in un Sanatorium.

Nei disturbi nervosi curabili coi viaggi di mare, vanno annoverate anche la neurastenia, l'isteria, l'ipocondria e tutte le altre morbose irritabilità di un sistema nervoso indebolito.

A causa poi della densità dell'atmosfera, l'attività del cuore e degli organi respiratori diventa più energica, ciò che naturalmente agisce beneficamente sull'intero organismo.

Un viaggio di mare è consigliabile anche per una terza classe di malattie, cioè le malattie di cuore. Mentre infatti per il passato i cardiologi sconsigliavano i cardiopatici a intraprendere le traversate, oggi illustri clinici sono d'accordo nel consigliare i viaggi di mare ai pazienti che soffrono di neurosi cardiaca, di debolezza miocardica ed anche in casi di vizi valvolari compensati.

Nè d'altra parte è sconsigliabile un viaggio di mare ai convalescenti di malattie infettive, come il tifo, la scarlattina, il morbillo, la malaria, e in una parola per tutte le persone che sono deboli, anemiche, clorotiche. A. POZZI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXIV — Annullato il licenziamento, può il Consiglio di Stato condannare al pagamento degli stipendi arretrati?

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 28 dicembre 1926 n. 473, ha dichiarato che, annullato il licenziamento di un impiegato, spetta al Consiglio di Stato, che ha giurisdizione esclusiva sul rapporto d'impiego, di reintegrare il diritto leso, condannando l'amministrazione, su richiesta del ricorrente, a pagare gli stipendi arretrati dal giorno della cessazione del servizio.

« A parte la considerazione — è detto nella decisione — che non è facile concepire una giurisdizione esclusiva, come quella sul rapporto d'impiego (art. 29 n. 1 T. U. 26 giugno 1924 n. 1054 e art. 30) quando ad essa si attribuisce soltanto la dichiarazione e non anche la reintegrazione del diritto, è da tener presente che lo scopo principale dell'istituzione di una siffatta giurisdizione esclusiva, fu quello di evitare la eccessiva tardività nella risoluzione di alcune determinate controversie, incompatibili con la necessità pubblica che esige invece la loro pronta definizione. Ora tale scopo verrebbe ad essere in gran parte frustrato se non si riconoscesse in questa materia al Consiglio di Stato la potestà di reintegrare la pretesa dell'impiegato lesa dall'amministrazione, con la condanna di essa al pagamento degli stipendi arretrati. Nè in contrario vale il richiamo della disposizione contenuta nel secondo comma dell'art. 30 sopra riportato e per la quale sono state riservate all'autorità giudiziaria le quistioni attinenti a diritti patrimoniali conseguenziali alla pronunzia di legittimità dell'atto, perchè questa disposizione deve interpretarsi restrittivamente, costituendo essa una eccezione ad una regola generale quale è quella contenuta nel primo comma dello stesso articolo, per la quale il Consiglio di Stato nelle materie di esclusiva competenza conosce di tutte le quistioni relative a diritti. Ora, se si pensi che il modo ordinario di reintegrare il diritto leso in questa materia dall'amministrazione è quello del pagamento degli stipendi arretrati, mentre quello eccezionale è il risarcimento dei danni, ne viene spontanea la conseguenza che il primo deve rientrare nei poteri della giurisdizione esclusiva amministrativa e soltanto il secondo dovrà essere riservato all'autorità giudiziaria. Ciò è confermato anche da un'altra considerazione. Il diritto dell'impiegato agli stipendi arretrati, in seguito a licenziamento dichiarato illegittimo, ha la sua causa nel rapporto d'impiego e si connette direttamente ad esso: ciò giustifica pienamente la competenza del Consiglio di Stato chiamato a pronunziarsi in via principale sui ricorsi relativi al detto rapporto. La cognizione della controversia sul risarcimento dei danni invece non esige di regola alcun esame del rapporto d'impiego e quindi può non giustificare la competenza su di esso del Consiglio di Stato, mentre la frequente necessità di lunghe indagini, la specialità del sistema probatorio davanti alle giurisdizioni amministrative e la tradizione storica a favore della competenza giudiziaria in materia di risarcimento di danni, hanno potuto consigliare il legislatore di mantenere ferma su questo punto la competenza ordinaria. Che a negare la corresponsione degli stipendi arretrati non vale l'eccezione opposta dal Comune che, cioè, i ricorrenti non prestarono servizio giacchè, se essi non lo prestarono la colpa fu dell'amministrazione che li licenziò per ben tre volte senza seguire le forme stabilite dalla legge ».

La importanza di questa decisione è evidente, da due punti di vista: *a*) in quanto dichiara la competenza del Consiglio di Stato a condannare il Comune al pagamento degli stipendi arretrati nel caso di annullamento della deliberazione di licenziamento o dispensa dal servizio o sospensione, ecc.; *b*) in quanto stabilisce che gli stipendi arretrati sono dovuti in forza del rapporto d'impiego e per effetto dell'annullamento della deliberazione che ne interrompe il corso illegittimamente. Devo però soggiungere che l'una e l'altra risoluzione, per quanto molto opportune, non possono essere accettate senza qualche riserva giuridica da un punto di vista di massima.

Inclino a ritenere che gli stipendi arretrati possano esser dovuti a titolo di danno dipendente da provvedimento illegittimo. Stabilita questa premessa, ne deriva la conseguenza che, trattandosi di un diritto patrimoniale, conseguenziale alla pronunzia d'illegittimità del provvedimento amministrativo, è competente a conoscerne l'autorità giudiziaria. Pur apprezzando la importanza pratica delle risoluzioni del Consiglio di Stato e la serietà e la efficacia della motivazione della decisione, io sento il dovere di manifestare qualche riserva, in attesa che questo punto sia definitivamente precisato. Non è il caso di approfondire ora la quistione, trattandosi di una nota a scopo informativo. Mi risulta che la decisione sopra indicata, è oggetto di ricorso alle Sezioni Unite della Corte di Cassazione. Conviene quindi attendere la pronunzia del Collegio Supremo, tenendo intanto presente la decisione del Consiglio di Stato.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Sbocchi per medici in Paesi stranieri.

Il Bollettino dell'Unione dei Medici della Czecoslovacchia ha compiuto un'inchiesta sulle possibilità offerte ai medici nazionali di esercitare all'Estero, così da consentire una depressione dell'attuale pletora.

I risultati sono però scoraggianti. In tutti i paesi civili sembra essere di regola una sovraproduzione di medici. Le sole opportunità di esercizio sono offerte dai Paesi orientali. Anche in essi, però, le prospettive sono ristrette. I servizi sanitarî ufficiali vengono per solito riservati a medici indigeni, spesso formatisi in Università straniere e forniti di diplomi di prim'ordine. Ai medici stranieri non resta, quindi, che l'esercizio libero. Se non che, la popolazione indigena è, per la massima parte, così povera che un medico riesce difficilmente a trarne da vivere. L'unica risorsa è data dall'esercizio tra gli stranieri; ma questi, di regola, preferiscono i loro connazionali; comunque, è indispensabile conoscere la loro lingua e impegnare forti capitali d'installazione. Nelle Colonie in via di sviluppo la vita è difficile e si richiede una buona conoscenza della medicina tropicale. Qualche via si apre nelle Colonie africane e asiatiche, per i medici perfezionatisi in medicina tropicale; ma le prospettive non sono molto allettanti. Per concludere, l'emigrazione dei medici non risolve il problema della pletora e il rimedio dev'essere cercato all'interno. (*Journ. A. M. A.*, 28 maggio 1927).

Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia.

Il segretario dott. prof. Ermanno Fioretti, continuando il suo ciclo di conferenze nella Provincia, accompagnato dai dottori Trulli ed Angelucci si è recato a Gaeta dove è stato ricevuto dal regio commissario comm. Galli, da un grande numero di medici della zona e dall'ispettore dei Sindacati avv. Landolfi.

L'assemblea ebbe luogo nella grande sala dell'antico palazzo comunale di Gaeta, gentilmente concessa dal R. Commissario.

Il Segretario del Sindacato parlò sulla funzione del sindacalismo fascista, dello stato corporativo, della carta del lavoro e delle riforme che il Duce vuol portare nel campo igienico-sanitario.

Aperta la discussione i presenti dopo aver esposto i loro *desiderata* tennero a ringraziare sentitamente il Segretario del Sindacato per essersi voluto mettere personalmente in rapporto coi medici della sezione.

L'avv. Landolfi molto opportunamente espose all'assemblea alcuni *desiderata* dei Sindacati locali riguardanti questioni sanitarie; alla fine furono inviati telegrammi di devozione al Duce, a S. E. l'on. Turati e all'on. Rossoni.

Dopo la riunione, tutti i medici, con l'intervento del gentile R. Commissario, vollero offrire ai dirigenti del Sindacato un pranzo sulla bellissima spiaggia di Serapo.

Alla sera prima di partire il prof. Fioretti tenne nella sede del Fascio di Formia una riunione per i medici che non erano potuti intervenire all'assemblea del mattino per ragioni professionali.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUAPENDENTE (*Viterbo*). — Scad. 15 lug.; vedi fasc. 26.

ANCARANO D'ISTRIA (*Venezia Giulia*). *Sanatorio Popolare Generale Carlo Petitti di Roreto.* — Direttore tecnico e amministrativo; vedi fasc. 27. Scad. dal 21 giugno.

CASTELBOTTACCIO (*Campobasso*). — A tutto 16 luglio; vedi fasc. 26.

CLAUZETTO (*Udine*). — Proroga 15 luglio.

CERIALE (*Savona*). — Con Borghetto S. Spirito; ab. 2282; pov. 200 c.; stip. L. 9400 e 10 bienni ventes.; L. 400 bicicl. Scad. 24 luglio.

CITTAREALE (*Rieti*). — Scad. 15 lug.; L. 10,500, oltre L. 3000 trasp. e L. 500 uff. san.; tassa L. 50.

CURINGA (*Catanzaro*). — 2ª cond.; L. 7000; età lim. 45 a. Docum. a 3 mesi dal 30 giugno. Tassa L. 50.15 al Tesoriere Com. Scad. 30 luglio.

GIRGENTI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Canicattì; scad. ore 16 del 15 ag.; titoli ed esami; L. 10,000; età lim. 45 a.; docum. a 3 mesi. Chied. annunzio.

MANTOVA. *R. Prefettura.* — Uff. san. e medico capo dell'Uff. d'Ig. di Mantova; al 15 lug.; vedi fasc. 25.

MESOLA (*Ferrara*). — A tutto 20 lug.; v. fasc. 27.

MONTORIO ROMANO (*Roma*). — A tutto 20 luglio; L. 10,500; addizion. L. 4 oltre 1000 pov.; tassa L. 50.10; età lim. 35 a.

MULAZZO (*Massa Carrara*). — Scad. 15 lug.; 1ª zona; L. 9000 e 5 quadr. dec. oltre L. 2500 cav., L. 500 uff. san.; età lim. 35 anni. Tassa L. 50,15.

NICOSIA (*Castrogiovanni*). — Per Villadoro; ab. 1041; L. 10,000 e 4 quinq. dec.; età lim. 45 a. Scad. 8 agosto.

PALMANOVA (*Udine*). — Al 31 luglio, ore 18; L. 9000 e 6 quadrienni dec., serv. att. L. 500, bicicl. L. 1000, c.-v., se uff. san. L. 1000; ab. 5426; kmq. 13.11; pianura; eventualm. addizion. L. 2 oltre 1000 pov.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10 al Podestà; serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

PERSICETO (*Bologna*). — Al 15 ag., ore 18; ab. 4000 c.; iscritti 400 c.; L. 8200 e 5 quadr. dec., oltre c.-v. in L. 1200 se coniug., L. 780 se celibe;

L. 3000 se direz. Sez. Medica Ospedale Civile. Tassa L. 50.15.

PIETRAMELARA (*Napoli*). — A tutto 31 luglio; L. 7000 e 5 quadrienni; tassa L. 50.15 intestando al Comune.

POGGIO RUSCO (*Mantova*). — Chirurgo consorzio 3 com.; scad. 31 lug.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15 al tesoriere del consor.; L. 8000, oltre L. 2400 c.-v.; L. 4000 p. automobile obblig.; alloggio grat.

RADICONDOLI (*Siena*). — Scad. 25 lug., per Belforte; L. 8000, oltre L. 2286 c.-v.; 6 quadr. dec.; L. 500-3000 trasp.; età lim. 45 a.

ROBBIATE (*Como*). — Consor.; proroga a tutto 31 luglio.

ROMA. *Ministero delle Colonie.* — Il Governo della Tripolitania assume 5 Medici Coloniali con lo stipendio annuo complessivo di L. 16,200 e ad altre condizioni (che gli interessati potranno conoscere recandosi presso il Sindacato Medico Fascista, via dei Lucchesi 31). La domanda dovrà essere presentata al Ministero delle Colonie entro il 15 luglio.

ROSSANO (*Cosenza*). *Ospedale Civile Nicola Giannettasio.* — Direttore chirurgo primario e tre medici chirurghi ordinarî; vedi fasc. 26. Scad. 31 luglio.

S. COSTANTINO ALBANESE (*Matera*). — A tutto 28 lug.; vedi fasc. 27.

TARQUINIA (*Roma*). — Scad. 20 lug.; v. fasc. 27.

TREQUANDA (*Siena*). — Scad. 14 lug.; per 2 frazioni; L. 8500 e 6 quadr. dec., oltre L. 2428.50 c.-v. (variabile) e L. 3500 cav.; tassa L. 50.15.

CONCORSI A PREMIO.

Premio Internazionale prof. Aurelio Bianchi.

È bandito presso la Facoltà di medicina e chirurgia della R. Università degli Studi di Perugia un concorso al premio di L. it. 10,000 destinato a premiare i lavori eseguiti nel campo della Fonendoscopia, Fonendografia, Fonendometria. Questi lavori debbono avere carattere sperimentale ed applicazioni nel campo della Semeiotica.

Detto concorso è aperto a studiosi di ogni nazionalità. Possono concorrere al detto premio singoli autori o più autori, che abbiano lavorato in collaborazione. Per concorrere si può presentare tanto un'unica memoria quanto un gruppo di memorie, collegate tra loro e riguardanti gli argomenti considerati nel concorso. I lavori dovranno essere dattilografati, non essere stati pubblicati per l'innanzi e potranno essere redatti in una delle seguenti ligue: italiana, inglese, francese, tedesca, spagnola • portoghese.

Sulla copertina di ogni lavoro presentato al concorso deve essere scritto un motto, che sarà ripetuto sopra una busta chiusa e contenente il nome e l'indirizzo degli autori della memoria.

I lavori dovranno essere inviati alla Segreteria della R. Università degli Studi di Perugia (per il concorso prof. Aurelio Bianchi), e pervenire entro le ore 18 del 24 maggio 1928.

La monografia premiata resta di proprietà della R. Università degli Studi di Perugia, che provvederà alla sua pubblicazione.

Società Italiana di Medicina interna.

Il concorso al 1° premio Hoffmann-La Roche, di lire 10 mila, per il miglior lavoro di Terapia Medica, è *ulteriormente prorogato al 30 settembre* 1927.

I lavori dovranno essere inviati alla Segreteria della Società Italiana di Medicina interna, in Roma, presso la R. Clinica Medica al Policlinico, e pervenire entro le ore 16 di detto giorno.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Giovanni Piantoni, docente di patologia chirurgica della R. Università di Roma, riuscito primo classificato dalla Commissione giudicatrice nel concorso indetto dal Ministero delle Colonie, è stato nominato direttore dell'Ospedale Civile di Derna.

A presidente dell'Associazione Medica Americana è stato eletto il dott. William Sydney Thayer; questi ha insegnato medicina interna alla Johns Hopkins University dal 1900 al 1921, anno in cui fu nominato professore emerito. Egli dirige gli « Archives of Internel Medicine ». Il suo nome è legato agli studî sulla microbiologia della malaria, sulle alterazioni del sangue nella febbre tifoide, sul blocco cardiaco, sulla semiotica del cuore, ecc. Il Thayer conta 63 anni.

L'Università di Graz ha nominato dottori *honoris causa* il prof. Friedrich Kraus di Berlino e il prof. Julius Wagner-Jauregg di Vienna.

Il prof. Kurt Koffka di Giessen (Germania) è stato chiamato a coprire la cattedra di psicologia sperimentale dallo « Smith College » di Northampton nel Massachusetts (Stati Uniti d'America).

Il prof. George H. Kirby, direttore del Manicomio dello Stato di New York, è stato nominato professore di psichiatria dalla « Columbia University » di New York.

Il dott. Ernest A. Pohle è nominato professore di radiologia alla Scuola Medica dell'Università di Michigan.

L'Accademia Imperiale del Giappone ha decretato un premio al dott. Genishi Kato per le sue ricerche sulla conduzione decrescente dei nervi e al dott. Keizo Dohi per uno studio storico sulla sifilide.

L'assegnazione al dott. Kato ha incontrato viva opposizione da parte del prof. H. Ishikawa, che ha mandato una lettera aperta al presidente dell'Accademia e ha provocato un appassionato dibattito, corredato da esperimenti, in seno alla Società Fisiologica Giapponese, nella seduta del 5 aprile.

La Facoltà della « New York Polyclinic Medical School and Hospital » ha proceduto quest'anno alle seguenti nomine per nuove cattedre: Fred W. Bancroft e Harold E. Santee, di chirurgia; Charlton Wallace, di chirurgia ortopedica; Percy H. Williams, di ginecologia; John H. Carroll, di medicina interna.

NOTIZIE DIVERSE.

Il prof. W. S. Bainbridge.

Il colonn. Bainbridge, della Ris. Nav. degli Stati Uniti, chirurgo, specialista per il cancro, è stato in Roma dieci giorni ed ha riscosso dovunque unanimi simpatie.

Ha avuto modo di confermare i suoi sentimenti d'italianità a S. E. il Capo del Governo, in una visita accordatagli per l'offerta della prima copia dell'edizione italiana del suo volume: *Il problema del cancro,* in bella veste per cura della Casa Pozzi di Roma. Col bainbridge furono ricevuti anche il prof. Alessandri, che ha scritto la prefazione ed il capitolo della lotta contro il cancro in Italia, i dottori G. Perilli ed A. Pozzi, traduttori, il dott. Bocchetti. S. E. Mussolini volle testimoniare il gradimento della visita con l'offerta di una sua fotografia e la dedica: « A William Seaman Bainbridge - Cordialmente - Mussolini - Roma 27 giugno 1927 ».

Durante la permanenza nella Capitale il Bainbridge ebbe affettuose accoglienze da amici ed ammiratori, che gli offrirono un banchetto alla Basilica Ulpia, e furono presenti alle varie cerimonie in suo onore per la consegna della medaglia d'argento della Croce Rossa Italiana, di una medaglia d'oro-ricordo del Corpo Sanitario Italiano, del diploma di socio corrispondente dell'Accademia Medica di Roma, di socio onorario della Lega Italiana per la lotta contro il cancro e dell'Associazione Nazionale per la diffusione della cultura (Croce Celeste). Ebbe occasione anche di fare un volo su Roma coll'apparecchio sanitario « Mercurio » e di visitare il Sanatorio Militare di Anzio, ospite degli ufficiali medici e del direttore dottor Bocchetti.

In tutte queste riunioni, nelle quali ha fatto da interprete il magg. medico Perilli, ed anche alla colazione del Rotary Club di Roma, in presenza di circa 80 congressisti stranieri reduci da Ostenda, il Bainbridge tenne a mettere in rilievo l'enorme progresso compiuto dall'Italia in questi ultimi cinque anni, e la differenza ha potuto ben notarla, dacchè egli ha visitato l'Italia ormai sette volte. Ha inneggiato perciò ripetutamente al Fascismo ed al suo Duce.

II Congresso internazionale di Radiologia medica.

Si adunerà a Stoccolma dal 23 al 27 giugno. I lavori concerneranno i seguenti rami: radiodiagnosi, radioterapia (roentgenterapia, curieterapia ed elioterapia), elettrologia medica, radiofisica, insegnamento della radiologia medica. La quota è di 40 corone svedesi. Preghiera d'inviare tutte le comunicazioni alla Segreteria generale, Sophianemmet, Stockholm (Svezia).

Congresso belga di medicina professionale.

È convocato a Huy il 30 e 31 luglio dalla « Fédération Médicale Belge » e dalla « Union Médicale de Huy-Hesbaye-Condroz ». Segretario generale ne è il dott. Koettlitz.

Alle giornate mediche di Bruxelles.

Sono stati delegati ufficialmente i proff. Monti e Redaelli di Pavia.

Associazione internazionale di studenti.

L'11 e il 12 aprile si è adunato a Ginevra, presso la Società delle Nazioni, il Comitato dei rappresentanti dell'Associazione internazionale degli studenti. Tra le questioni discusse fu l'istituzione di un Sanatorio per studenti tubercolotici a Leysin.

La Mostra delle Stazioni di cura.

Le Stazioni di cura e soggiorno italiane hanno organizzato a Padova, per il tramite del Consorzio nazionale fascista, che è organo della Confederazione generale Enti autarchici, la loro prima Mostra unitaria. Il successo della Mostra stessa non ha precedenti e dà la rappresentazione, pressochè completa, della legislazione, con la quale il Governo fascista ha voluto inaugurare un regime di particolare interessamento statale, per la valorizzazione progressiva del patrimonio nazionale delle acque e dei soggiorni climatici salutari ai fini economici, non solo, ma di quelli della vasta profilassi umana.

La Mostra è stata visitata negli scorsi giorni da S. A. il Principe di Piemonte e dal Duca di Pistoia.

Chiusura del corso di specializzazione in radiologia ed elettroterapia presso la R. Università di Roma.

In questi giorni è terminato il biennio del corso di specializzazione in radiologia presso la R. Università di Roma. Le lezioni sono state tenute dal prof. A. Busi, direttore dell'Istituto, coadiuvato dai proff. Milani, Bianchini, Meldolesi, Cappelli, e dottori Silenzi e Nuvoli.

In seguito agli esami sostenuti si sono specializzati i seguenti dottori: Arola, Ronza, Lucherini, Bottaliga, Gentili, Vernice, Benedetti, Talia.

Lotta antitracomatosa.

Allo scopo di prevenire la cecità da tracoma la Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali — organo parastatale che gestisce in esclusività l'assicurazione per l'invalidità e la vecchiaia degli impiegati e degli operai — ha provveduto a creare, nei centri maggiormente colpiti dall'infezione, ambulatori specializzati, ove tutti gli ammalati possono trovare gratuitamente cura ed assistenza. Sono già in funzione sei ambulatori gestiti direttamente ed a completo carico della C. N. A. S. e quattordici in collaborazione con altri enti.

Nella sola provincia di Lecce ove la Cassa si

vale dell'opera dei distinti oculisti Pansini e Chiatante, sono già in cura 700 persone con una media giornaliera di 100 visite e medicazioni.

Corso d'igiene per vigilatrice scolastica.

Due anni or sono fu istituito — ricordiamo — nelle scuole elementari urbane del Governatorato, il servizio delle vigilatrici scolastiche. Tale esperimento ha dato frutti assai buoni e perciò, per decisa volontà del Governatore, il servizio stesso, finora attuato in via di semplice esperimento, verrà esteso a tutte le nostre scuole elementari e ciò nell'interesse della numerosa popolazione scolastica la quale potrà avvantaggiarsi di questa provvidenza di altissimo valore sociale.

Il corso teorico-pratico sarà tenuto nei locali del Museo igienico-didattico annesso, come è noto, all'Ufficio d'Igiene, e le esercitazioni presso gli Istituti sanitari dipendenti dal Governatorato o da altri enti. Ci compiacciamo per questo provvedimento che segna un'ora veramente sensibile nel vasto campo delle riforme scolastiche che l'Amministrazione sta opportunamente promuovendo.

Gare d'igiene.

Da più anni nelle scuole elementari del Governatorato, rurali ed urbane, a complemento dell'educazione civile delle giovani generazioni, si svolge per opera dei maestri e medici addetti alle scuole un complesso programma di propaganda igienica a basi di conferenze, corsi e gare fra le scuole, le classi e gli alunni.

La Commissione speciale, preposta allo svolgimento del programma, annualmente si è studiata di estendere e perfezionare il programma stesso affinchè meglio risponda all'alto scopo cui mira.

Il 29 giugno all'Augusteo il Governatore, alla presenza delle Autorità politiche, sanitarie e didattiche, procedette solennemente alla consegna dei numerosi premi stabiliti per le Gare dell'anno scolastico 1925-26, dopo che il sen. prof. Marchiafava, Presidente della Commissione per le Gare stesse, ebbe pronunciato un discorso d'occasione.

Donazioni e lasciti.

Il sig. Giuseppe Leogrande, di Alberobello (Bari), ha lasciato, morendo, L. 600,000 alla Congregazione di Carità d'Alberobello per la fondazione di un ospedale.

Merita d'esser ricordato per il suo indefesso lavoro e per l'attaccamento alla Patria che ha sempre amato e servito. Era un fervente fascista.

L'Istituto Balneologico di Wiesbaden.

In occasione del Congresso tedesco di medicina interna, adunatosi a Wiesbaden verso la fine di aprile, venne inaugurato l'Istituto Balneologico, il quale ha lo scopo d'intraprendere e di promuovere ricerche scientifiche nel campo della balneologia. Vi presteranno il loro concorso internisti, fisiologi e farmacologi. L'organizzazione dell'Istituto è tale da consentirne un ulteriore sviluppo.

Per la scuola Medica di San Paolo.

La Fondazione Rockefeller ha assegnato 650,000 dollari per la costruzione di nuovi edifizi per la Facoltà Medica di San Paolo, dell'importo totale di 1,500,000 dollari (25 milioni di lire it.). Il Governo del Brasile ha accettato la condizione che vengano costruiti ospedali in dipendenza della Scuola.

La Fondazione Rockefeller ha anche versato al Ministero dell'interno del Brasile la prima quota, di 50,000 dol., per la costruzione di un Istituto d'igiene.

Una maternità a St. Louis.

A St. Louis (Missouri, Stati Uniti), è stato eretto un « Maternity Hospital » e aggregato alla Scuola Medica (salvo l'amministrazione, che è indipendente).

Può ospitare 103 donne e altrettanti bambini. Comprende 8 sale da parto, una sala operatoria, un reparto d'isolamento con 8 letti, un grande solarium, laboratori, ecc. L'edifizio risulta di 8 piani. Un piano, con ingresso separato, è destinato esclusivamente alla razza negra. Trovano alloggio nella Maternità 12 medici e medichesse.

Ospedale per cancerosi a Boston.

Il 20 aprile venne inaugurato a Boston il « Palmer Memorial Hospital » per cancerosi, sulla Pilgrim Road; è alto 5 piani, a prova di fuoco; può ospitare 75 pazienti; ne fa anche parte un vasto servizio ambulatorio. È attrezzato per le cure attiniche più moderne e per le ricerche diagnostiche più accurate. La direzione ne è affidata al dott. D. F. Jones.

Casa dei medici a Chicago.

Il 28 aprile venne inaugurata a Chicago una casa dei medici, che sorge tra la Wabash Avenue e la Lake Street ed è alta 23 piani. Erano già stati approntati locali comprendenti il 40 % dello spazio disponibile; gli altri locali verranno ultimati al più presto. Vi hanno preso sede la « Chicago Medical Society », la « Chicago Dental Society », l'« American Dental Association », la « Illinois Medical Society » (per i suoi uffici della propaganda medica); prossimamente vi avranno sede anche l'« Institute of Medicine » e numerose associazioni di specialità. Il 22° e il 23° piano saranno destinati al club medico. L'auditorium sarà capace di mille posti a sedere; sarà ultimato a settembre. Il capitale per la costruzione viene coperto per mezzo di azioni.

Per i medici francesi caduti in guerra.

Presso la Facoltà Medica di Parigi si è reso omaggio con solennità ai medici che perdettero la vita sul campo. La cerimonia fu organizzata dall'« Association des anciens médecins des corps combattants »; vi parteciparono tutti i capi del « Service de Santé Militaire », i professori universitari e molti rappresentanti. Il prof. Clovis

Vincent, il noto neurologo, presidente dell'Associazione, nel suo discorso rilevò che i medici mobilitati per la guerra ebbero la mortalità più alta tra tutte le categorie di ufficiali e ne esaltò la abnegazione e lo spirito di sacrifizio.

Soccorsi medici nel disastro della Louisiana.

Si è tenuta a Memphis, una conferenza sanitaria per organizzare e coordinare l'assistenza medica in occasione del disastro cagionato dall'esondazione del Mississippi inferiore. Vi hanno partecipato il direttore medico della Croce Rossa Americana, la Sanità pubblica, gli ufficiali sanitari della regione e varie società private di soccorso.

In onore di Bordet.

Una manifestazione in onore di Jules Bordet, che ha compiuto 57 anni, si è svolta nella sua cittadina natale, Soignies, nel Belgio. Al Municipio parlarono il borgomastro dott. Paternoster, il dott. Herman, direttore dell'Istituto batteriologico dell'Hainaut, e l'on. Georges Heupgen; rispose il festeggiato. Venne poi scoperta una lapide apposta alla casa natale di Bordet. Si tennero anche concerti e cori di bambini.

Opere d'igiene sociale.

La Columbia University di New York ha organizzato un corso d'igiene sociale dall'11 al 22 luglio; vi sono ammessi medici, infermiere e addetti a opere sanitarie.

La « Scuola di Opere Sociali » della Pennsylvania ha fondato un Istituto d'igiene sociale; verrà inaugurato il 22 luglio.

Per l'assistenza sociale nella Pennsylvania.

Il governo della Pennsylvania (Stati Uniti d'America) ha approvato la spesa di 50 milioni di dollari (ossia circa un miliardo di lire italiane), da essere ripartita in dieci anni, per fondare o incrementare opere di assistenza sociale (destinate ai malati di mente, agli epilettici e ai criminali).

Dimostrazioni cardiologiche.

L'Associazione Cardiologica di Filadelfia ha tenuto, dal 23 al 26 maggio, una serie di dimostrazioni sulla diagnosi e sulla terapia delle cardiopatie, invitandovi tutti i medici dello Stato di Pennsylvania.

Il comitato promotore della riunione è stato presieduto dal dott. John D. McLean.

Agitazioni universitarie in Argentina.

Il sistema instaurato qualche anno addietro in Argentina, di far partecipare gli studenti alla nomina del decano, è stato causa di continue agitazioni e perturbamenti nella vita universitaria. L'ultima campagna condotta a Buenos Aires è stata violentissima, a base di discorsi, fogli volanti, giornali *ad hoc*. Il giorno delle elezioni furono mobilitate numerose automobili e si ricorse alle arti elettorali più deplorate; ma le elezioni all'ultimo momento vennero rimandate, il che cagionò una mezza rivolta. Finalmente è stato eletto il prof. Lanari. Anche a Rosario si sono avute delle agitazioni, per quanto meno marcate; è stato eletto decano il prof. J. A. Gatti.

I medici dell'America settentrionale.

L'ultima edizione dell'« American Medical Directory » pubblicato dall'Associazione Medica Americana, comprende 164,002 medici diplomati degli Stati Uniti, Canadà, Isole Filippine, Isole Hawai e Alasca; segna un aumento di 2644 nomi sulla precedente edizione.

Processo per una fotografia.

La dott.ssa Alice Hamilton di Boston, professoressa assistente d'igiene industriale alla Scuola Medica dell'Università Harvard (Massachusetts), membro della Commissione per l'igiene della Società delle Nazioni a Ginevra, ha intentato un processo contro la Compagnia Chimica di Angier, chiedendo 20,000 dollari di danni, ossia circa 350,000 lire, perchè una fotografia della querelante è stata pubblicata nella prima pagina de « L'Idea di Angier » dello scorso maggio, il che le avrebbe cagionato un pregiudizio professionale.

Medici dimissionari a New York.

Otto medici dell'Ospedale Bronx di New York si sono dimessi, perchè la nomina del nuovo personale medico è stata fatta dall'Ufficio amministrativo, invece che da quello sanitario.

Le dimissioni sono state accettate dall'Ufficio amministrativo, il quale sostiene il punto di vista che i tecnici possono bensì designare i candidati, ma che la scelta dev'essere affidata ai responsabili della gestione. Per la storia, i medici dimissionari sono: Albert A. Berg, Martin Rehling, Abraham Hymansohn, Hermann Grad, Reuben Ottenberg, Simon P. Goodhart, Meyer Rosensohn, Henry Heiman.

Sull'eziologia del cancro.

Il prof. Warburg, direttore dell'Istituto Imperatore Guglielmo di Berlino, annunzia di essere riuscito a trasformare delle cellule normali in cellule cancerose modificandone semplicemente il metabolismo, il che porta ad attivarne il potere di moltiplicazione. Queste esperienze condurrebbero ad escludere le teorie parassitarie dei tumori maligni.

L'età nuziale in America.

Il governatore della Pennsilvania ha sanzionato un progetto di legge già approvato dalla camera legislativa, che eleva l'età minima per i matrimoni da 12 anni per le ragazze e da 14 per i giovani a 16 anni per i due sessi.

Il 23 giugno 1927 si è spento in Roma il professor MARIANO SCELLINGO, nato a Vetralla nel 1844, figlio del medico condotto del paese.

Si laureò in medicina e chirurgia a Roma nel 1866. Si dedicò dapprima alla chirurgia, ma dipoi andò a Bologna a perfezionarsi in oculistica presso il prof. Magni, clinico in quella Università. Tornato a Roma fu nominato assistente nella Clinica Oculistica Universitaria, dipoi divenne aiuto nell'Istituto Oftalmico Torlonia ed in seguito direttore primario.

Conseguì la libera docenza in oftalmoiatria e clinica oculistica nella R. Università di Roma. Fondò nel 1878 un vasto ambulatorio oculistico a sue spese, primo del genere a Roma, dove curava pure gratuitamente i poveri.

Nel 1894 fondò l'Ospedale Oftalmico Provinciale per conto dell'Amministrazione Provinciale di Roma e nel 1914 istituì il Padiglione Tracomatosi annesso al detto Ospedale.

Fu oculista delle ferrovie dello Stato, socio della R. Accademia Medica di Roma e della Lancisiana. Pubblicò varie monografie di clinica oculistica, tutte d'indole pratica.

Fu nominato per tre volte consigliere provinciale e fu deputato al Parlamento Nazionale per due legislature.

Operatore brillante e preciso, fu valentissimo nell'operazione della cataratta.

Con Lui si è perduto un vero filantropo, laborioso ed onesto. R. R.

A 53 anni nella nativa Modica cessava di vivere il dott. VINCENZO MUCCIO. Iniziò la carriera come assistente volontario del prof. Angelucci, che l'ebbe carissimo, e come pediatra, insieme col dott. Carini, nell'Ospedaletto che precorse di poco l'istituzione della Clinica pediatrica di Palermo. Dal 1901 diresse a Modica, e con zelo, l'ufficio sanitario comunale, segnalandosi all'attenzione dei competenti per le sue pubblicazioni e per le sue opere di bene. Contribuì validamente all'elevazione della classe medica e alla formazione della coscienza igienica; e fu membro autorevole dell'Ordine siracusano, del Sindacato ufficiali sanitarî (da lui voluto ed organizzato), del Consorzio prov. antitubercolare. La sua perdita destò un largo rimpianto e tutta Modica rese alla salma del suo beneamato figlio onori imponentissimi.

L. PIAZZA.

Nella lontana America, a Tandil, cessava di esistere, il 4 maggio, il dott. GIUSEPPE TANNO.

Era nato a Ripalimosani (Campobasso) nel 1873. Si laureò a Napoli.

Verso il 1910 emigrò nell'Argentina. Tutte le difficoltà che incontrò per far convalidare il suo titolo non lo scoraggiarono: gli furono di nuovo sprone per conquistare le palme.

Stabilitosi con la famiglia nella cittadina di Tandil, conquistò ben presto la benevolenza della popolazione e ne fu l'idolo. Le sue virtù personali di medico filantropo gli crearono un posto eminente.

Alla famiglia, ai parenti ed amici le nostre sentite condoglianze. M. T.

È morto improvvisamente, a 41 anni, di emorragia da ulcera duodenale, il dott. CHARLES FOIX, primario negli Ospedali di Parigi, professore agrégé alla Facoltà Medica, noto per ottime pubblicazioni di neurologia e per i suoi metodi di studio delle localizzazioni cerebrali; erano state concepite le maggiori speranze sul suo prossimo avvenire scientifico. A. P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Quarterly Journ. Med., gen. — A. LYALL. Effetti della dieta proteinica nei diabetici. — H. COHEN. Contenuto in magnesio del liquido c.-sp. — G. MACFEAT WISHART. Variabilità del metab. bas. — D. M. LYON. Rapporto tra frequenza del polso e stato febbrile.

Arch. de Med., Cir. ecc., 29 gen. — H. DUFOUR. Le associaz. morbose.

Amer. Journ. Med. Sc., gen. — E. STARR e al. Studio batteriologico della cistifellea. — B. P. STIVELMANN. La tens. sang. nella tbc. polm. — E. A. POHLER. Eccitaz. e sterilizzaz. radiologica delle ovaie. — J. CRAIG. L'agente del reumat. artic. acuto.

Brit. Med. Journ., 22 gen. — J. A. MACWILLIAM. Applicazioni della fisiologia alla medicina.

Journal A. M. A., 8 gen. — W. E. STEVENS. Diagnosi di tbc. renale. — E. J. GAMBLE. Fallimdella malarioterapia nella leucemia.

Boston Med. a. Surg. Journ., 13 gen. — C. H. LAURENCE. L'insufficienza tiroidea.

Münch. Med. Woch., 21 gen. — LUST. Encefalite paramorbillosa. — TILLMANN. Trattam. dell'ulcera gastr.

Mediz. Klinik, 21 gen. — T. BRUGSCH. Acromicria o distrofia osteo-genitale.

Gaz. d. Hôp., 22 gen. — E. LAENNEC e J. DELARNE. Le sclerodermie.

Arch. Mal. du Coeur, ecc., gen. — L. GALLAVARDIN e P. VEIL. Tachicardia a salve nei giovani.

Rev. españ. de Med. y Cir., gen. — A. LLORET MINGOT. Gastrite sclerotica.

Pathologica, 15 dic. — C. LOMBARDO e G. TORNABUONI. Recettività del Lama alla siflide.

Sperimentale, V-VI. — M. PINCHERLE e R. VEGNI. Rapporti tra Herpes simplex ed Herpes zoster. — F. PENTIMALLI. Sarcoma di Rous.

Paris Méd., 22 gen. — G. CHIZZOLA. Trattam. Bordier della paralisi infant.

Rev. Méd. Suisse Rom., 25 gen. — F. FAME. Actinomicosi della vescicola biliare.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 gen. — Numero sulla tbc. polm.

Presse Méd., 19 gen. — H. CHABANIER e al. Trattam. del coma diabet.

Soc. d. Hôp., 20 gen. — L. BLUM e P. CARLIER. Trattam. del diabete con la sintalina.

Practitioner, feb. — J. BROWNING ALEXANDER. L'artrite reumatoide. — R. D. LAWRENCE. Il tempo migliore per la ricerca dello zucchero del sangue nel diab. — H. R. HOERROWER. Tiroide, paratiroidi e fegato: loro influenza ormonica sulla disintossicaz.

Ann. Inst. Pasteur, gen. — G. SANARELLI. Le spirochete cecali. — A. C. MARIE. Potere patogeno del virus rabido fisso. — A. BEGNET. *Brucella melitensis e Br. abortus.*

Pediatria, 1 feb. — S. MAGGIORE. Tipi costituzionali e anomalie di costituzione nell'infanzia.

Presse Méd., 5 feb. — C. LEVADITI e al. Eziologia dell'encefalite post-vaccinale. — J. LORENZINI. Classificaz. critica delle vitamine.

Arch. Ital. di Dermatol., ecc., ott. — V. CUCCIA. Infundibulite parauretrale di natura blenorragica. — L. CACIOPPO. Riattivaz. della W.

Paris Méd., 5 feb. — Numero sulla radiodiagnosi.

Paris Méd., 12 feb. — H. JAUSION. Le dermatosi da sensibilizzazione alla luce.

Prensa Méd.Arg., 10 gen. — M. R. CASTEX e A. F. CAMAUËR. Geroderma o senilismo genito distrofico.

Brasil-Méd., 22 gen. — A. VALERIO. Le correnti moderniste in chirurgia.

Wien Klin. Woch., 10 feb. — DÜRCK. Alteraz. del sist. nerv. c. sulle infez., intossicaz. e malattie del sangue. — KRAUS. Encefalite post-vaccinale.

Clin. Med. Ital., sett.-ott. — P. CIUFFINI. La proteinoterapia aspecifica. — G. GHERARDINI. Il ricambio del silicio nella tbc. polm. — M. BRASI. Il ricambio del calcio nella tbc. p.

Lancet, 12 feb. — J. COLLIER, F. M. R. WALSTE. Sulla poliomielite.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

ANNO XXXIV Roma, 18 Luglio 1927 Fasc. 29

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI CLINICA DERMOSIFILOPATICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI CATANIA.

La febbre da sifilide congenita

per il prof. GIUSEPPE VERROTTI, direttore.

In questi ultimi anni, sono stati pubblicati molti casi di febbre sifilitica, specialmente tardiva, per infezione acquisita, da autori italiani e stranieri: Glaser, Netter, Hirota, Arnold e Netter, Edhem, Gauthier, Chiray, Bülogom, Voron, Favre e Grivet, Horach (1925), Justo Montes Pareja (1923), Favre e Contamin (1923), Buttenwieser e Biberfeld (1924), Korac (1925), Bottaliga (1926), Bacheca (1926), Antonelli (1925), Fraulini (1926), Freund (1927), Roch (1927).

Chi non conosce la letteratura precedente a queste pubblicazioni ha la impressione che del sintoma *febbre da sifilide tardiva*, o non si avesse conoscenza ovvero che in questi ultimi anni fosse il sopra detto sintoma apparso più frequentemente, che non per il passato.

Ora la febbre sifilitica secondaria o di eruzione era nota da tempo antico. Quella tardiva si conobbe più tardi, e si deve principalmente ad A. Fournier se fu messa in valore, e dopo di lui molti autori ne hanno parlato; per modo che era conosciuta la febbre mantenuta dal virus sifilitico, anche prima della scoperta del treponema p. e della siero-reazione biologica del W.

Pur essendo assai utile che le conoscenze si perfezionino su tale sintoma morboso, e ogni contributo nuovo vale allo scopo, bisogna convenire che quanto è stato pubblicato dopo A. Fournier non ha modificato la distinzione de' tipi febbrili che quel geniale clinico delineò magistralmente nel *Traité de la syphilis* (1899): il *tipo intermittente*, il *tipo continuo* (con due sotto-varietà, uno a decorso acuto e grave che chiamò *tifosi essenziale sifilitica*, e l'altra a decorso cronico, detto *febbricola sifilitica*), e il *tipo irregolare*, come resta ancora la distinzione, che egli

fece, della febbre sifilitica in *sintomatica* ed *essenziale*.

Si poteva dubitare circa l'estensione cronologica della febbre tardiva rispetto alla evoluzione della infezione, giacchè Fournier ritenne eccezionale la febbre sifilitica nel 3º e 4º anno della infezione. Infatti, fu constatata anche al di là di questo termine. Io l'ho potuta riscontrare in epoca molto tardiva, cioè sin verso il 22º anno della evoluzione della infezione (1).

I casi pubblicati in questi ultimi anni hanno pienamente confermato quelle induzioni cliniche, alle quali la siero-reazione Wassermann ha aggiunto il controllo di laboratorio, e messo in evidenza che nelle più svariate manifestazioni la febbre può apparire. Tra le manifestazioni concomitanti della febbre sifilitica sintomatica, recentemente pubblicate, meritano di essere ricordate in special modo la peritonite sifilitica (Kovach) e la febbre che si può risvegliare nel puerperio (Voron, Favre e Grivet). Era precedentemente conosciuto che la febbre sintomatica potesse sorgere nella sifilide encefalo-meningea, splenica, epatica, renale, glandolare, osteo-articolare, testicolare, pleurale e pulmonare.

Ora la pubblicazione de' nuovi casi, più numerosi di quanto accadesse prima della guerra, sta a dimostrare che indubbiamente, in questi ultimi tempi, deve essere stata più frequente la constatazione del sintoma « febbre » nell'infezione sifilitica.

Ma io devo richiamare l'attenzione sopra il sintoma « febbre » in rapporto con la sifilide congenita, che in lavori precedenti ho ricordato come una delle manifestazioni subdole, che l'infezione può dare, e che io ho avuto occasione di constatare in famiglie eredo-luetiche, seguìte in varie generazioni (2), giacchè tra le pubblicazioni recenti non trovo che una sola di Buttenwieser e Bibersfeld (vedi *Policlinico*, Sez. prat., anno 1925, pag. 184), che si riferisce a due bambini su' dieci anni, eredo-luetici, con epato-megalia cospicua, che da molto tempo soffrivano una febbre a tipo irregolarmente intermittente, la quale raggiungeva un grado elevato la sera, e scendeva sin quasi al normale, il mattino, e che guarì con la cura arseno-benzolica.

(1) G. VERROTTI. *Di alcuni casi di febbre sifilitica tardiva con visceropatie specifiche non comuni*. Giorn. Internaz. delle Sc. Mediche, 1908. V. Recensione in Giorn. It. delle Mal. Veneree e della Pelle, 1908.

(2) G. VERROTTI. *La sifilide ereditaria di 2ª e 3ª generazione*. La Medicina Pratica, n. 1 e 2, 1924; *La sifilide nella discendenza*. Ibid., 1924.

Sono 10 osservazioni, in cui ho potuto seguire il decorso della febbre da sifilide congenita. Riferisco succintamente le storie cliniche, delle quali alcune sono desunte da una delle memorie, sopra menzionate.

OSSERVAZIONE PRIMA.

1ª generazione 2ª generazione (1)
1——————————*2, 3*

1 si contagiò di sifilide, che poco curò: andò a matrimonio, 18 anni dopo il contagio. La moglie soffrì di dolori reumatoidi, che si modificarono sensibilmente con la cura jodo-mercuriale: ebbe due gravidanze;

2 aborto;

3 bambino di 7 anni, gracile di costituzione, nervosissimo. Presenta:

a) *febbre intermittente*, da 3 anni, a periodi che durano 10-20 giorni, durante i quali la temperatura si eleva la sera a 37º,9-38º,3, mentre il mattino scende sino a 36º,3-36º,5. La diagnosi e la cura è stata di febbre melitense;

b) *lieve tumore di milza;*

c) *R. Wassermann* + + —.

Si prescrivono le iniezioni endomuscolari di 1 cgr. di bijoduro di Hg. in giorni alterni sino al numero di 24, cui segue la cura interna del Sifos Calosi (preparato jodo-mercuriale). La febbre, diminuita sin dalle prime iniezioni, cessa definitivamente dopo 6 mesi, restando l'eccitabilità nervosa, che si modifica sensibilmente con le frizioni di unguento mercuriale napoletano.

OSSERVAZIONE SECONDA.

1ª generazione 2ª generazione 3ª generazione
1——————*2* a *7*
8——————*9* a *14*

1 assunse la sifilide che curò saltuariamente. La moglie morì dopo il parto di n. *8;*

2 a *7* morti bambini, uno con meningite;

8 di anni 30, di buona costituzione organica: è balbuziente e ha voce gutturale. Bambino soffrì di dolori reumatoidi e convulsioni, per le quali fu sottoposto alle frizioni mercuriali, che gli giovarono. Si è sposato a donna, che è stata la prima a conoscere, e che ha avuto 5 aborti (*9* a *14*). Presenta:

a) *febbre continuo-remittente*, che si eleva a 38º la sera, e talora giunge a 39º, rimettendo, il mattino, a 37º,2-37º. Curata come melitense, dura da 8 mesi; la siero-agglutinazione per la melitense era riuscita positiva nella diluizione 1:100;

b) *poliadenopatia latero-cervicale;*

(1) Nel diagramma è compreso il rapporto de' discendenti con gli ascendenti. Il numero *1* è colui che assunse il contagio (1ª generazione). I numeri successivi *2*, *3* sono i suoi discendenti (2ª generazione sifilitica o 1ª generazione di sifilide congenita).

Per le altre osservazioni, i discendenti, per es., della 3ª generazione (cioè, di 2ª generazione congenita), sono indicati con numeri successivi al numero ultimo della generazione precedente, messi a lato dell'ascendente (vedi *Oss. seconda*).

c) *astenia generale*, che si manifesta nel pomeriggio.

Dopo un mese di iniezioni endomuscolari di bijoduro di Hg. (cgr. 2 ogni 48 ore), la febbre scende a 37°,5. Cessa con poche iniezioni di calomelano di 5 cgr.; ritorna, per cessare definitivamente con 5 iniezioni di 10 cgr. dello stesso medicamento.

OSSERVAZIONE TERZA.

1ª generazione 2ª generazione 3ª generazione

1——————*2*——————*3* a *11*
12

1 assunse la sifilide, e soffrì in età adulta di ulcerazioni gommose, guarite con le cure mercuriali;

2 figlia del precedente, morì a 42 anni con carcinoma mammario. Il marito non ha mai presentato manifestazioni di sifilide, e la R. W. è negativa;

3 a *5* *aborti*; *6* morta con idrocefalo; *7* con convulsioni; *8* sordomuta, ha 8 anni; *9* a *11* apparentemente sani;

12 di anni 16, nipote di n. *1*; figlio di n. *2*; gracile di costituzione, con orecchie ad ansa, erosioni multiple coronarie negli incisivi mediani superiori e inferiori e atrofia cuspidale di 4 canini. Presenta:

a) *febbre continuo-remittente*, che dura da 2 mesi; si iniziò a 39° di sera, ma scese, dopo 5 o 6 giorni, a 38°, e il mattino si mantiene tra 37°,5-37°,2;

b) *iperplasie glandolari latero-cervicali;*

c) *oligoemia* (Emazie 4.000.000 per mmc. Emoglobina 75. Formula leucocitaria: linfociti 35, mononucleari 3, polinucleati 65 %);

d) *R. W.* + — —.

La cura mercuriale (iniezioni endo-muscolari di bijoduro di Hg.) fa cessare la febbre e riduce sensibilmente le iperplasie glandolari.

L'anno seguente, ritorna a farsi osservare per dolori articolari, per le iperplasie glandolari e il ritorno della febbre dello stesso tipo dell'anno passato, che cessa con la ripresa della cura mercuriale, continuata per 40 giorni.

OSSERVAZIONE QUARTA.

1ª generazione 2ª generazione

1——————*2* a *8*
9

1 si contagia di sifilide prima di ammogliarsi. R. W. varie volte praticata: positiva;

2 e *3* morti in tenera età; *4* con meningite; *5* a *8* presunti sani;

9 di anni 21, non ha mai sofferto di malattie veneree, nè sintomi sospetti di sifilide. Presenta:

a) *febbre continuo-remittente*, che dura da 4 mesi, giungendo la sera, sino ad un maximum di 39°,5, e scendendo a 37°,7-38°, il mattino;

b) *epato-splenomegalia* (il fegato si palpa a tre dita trasverse al di sotto dell'arco costale, a superficie liscia, di aumentata consistenza, leggermente dolente, a bordo regolare; la milza si palpa nella inspirazione), *ascite* e *stato elefantiastico degli arti inferiori;*

c) *iperplasie glandolari* delle regioni latero-cervicali, epitrocleari e ascellari;

d) *nefrite lieve* (albumina ½ gr. ‰; rari cilindri jalini; p. spec. 1019; urea gr. 20 ‰; uroeritrina e acetone in tracce);

e) *oligoemia profonda* (Emazie: 3.891.000 per mmc.; leucociti 12.000. Formula leucocitaria: linfociti piccoli 12, grandi 10, polinucleati 70, mononucleari 5, forme di passaggio 2, eosinofili 1 %);

f) *R. W.* + — —.

Le iniezioni di bijoduro di Hg. (dapprima nella dose di 1 cgr. ogni 48 ore, e poi di 2 cgr.) e il joduro a dosi crescenti, modificano la complessa sindrome: prima a sparire è la febbre, poi la nefrite, l'ascite. Lo stato elefantiastico degli arti inferiori stenta a guarire: l'epato-splenomegalia e le iperplasie glandolari si riducono con le iniezioni endovenose di neosalvarsan (dosi: da 15-45 cgr.; *in toto* gr. 2.50).

OSSERVAZIONE QUINTA.

1ª generazione 2ª generazione 3ª generazione

1——————*2*——————*3* a *6*
7
8

1 soffrì di iridite, e si era contagiato di sifilide;

2 figlia di n. *1*, si sposò con individuo che soffrì di cefalea, e morì per arterio-sclerosi, e non si sa se si sia contagiato di sifilide;

3 a *6* morirono in tenera età;

8 nubile, di anni 26, soffre di dismenorrea, leucorrea, cefalea ricorrente ad accentuazione serotina, che guariscono con la cura jodo-mercuriale;

7 di anni 22: soffrì solo di blenorragia. Durante la guerra ebbe splenomegalia da malaria, e la cura antimalarica guarì la febbre. Tre anni dopo la fine della guerra, presenta:

a) *febbre a tipo intermittente* (37°,5-38° di sera, elevandosi talora a 39°) e, il mattino, quasi completamente cessando (37°-36°,5); dura da un anno, e non si è modificata più con le cure chininiche e arsenicali;

b) *lieve tumore di milza e di fegato*, che si palpa a due dita trasverse al di sotto dell'arco costale;

c) *micro-poliadenopatie inguino-cervicali;*

d) *R. W.* + + —.

Poco dopo, prima di iniziare il trattamento specifico, presenta:

e) *sinovite del ginocchio sinistro.*

Le ricerche siero-diagnostiche per la infezione melitense furono negative, ed ugualmente negativo il reperto del plasmodium nel sangue.

Le iniezioni di bijoduro di mercurio, a principio non tollerate, guariscono la febbre, l'epato- e la splenomegalia, e migliorano lo stato generale.

OSSERVAZIONE SESTA.

1ª generazione 2ª generazione

1——————*2*, *3*, *4*, *5*

1 si contagiò di sifilide: morì a 58 anni per apoplessia. La moglie fu sofferente di dolori, e morì a 65 anni con angina pectoris;

2 di anni 46, nubile: soffrì di dismenorree ed emorragie: da 8 anni, lento e graduale deperimento organico, per disturbi gastrici: recentemente dolori vaganti nell'arto inferiore destro e all'epigastrio con accentuazione notturna. Presenta, oltre *alterazioni dentarie* (due incisivi su-

periori e due molari caduti, molti denti vacillanti, incisivi inferiori deformi con gengivite atrofizzante):

a) *febbre serotina*, intermittente (37°,2-37°,5);

b) *epato-megalia* (fegato sporgente tre dita trasverse al di sotto dell'arco costale, dolente e duro alla pressione, a superficie liscia): nulla di apprezzabile nelle urine;

c) *R. W.* + — —.

Si consiglia la cura mercuriale (iniezioni di bijoduro di mercurio di 2° grado, in giorni alterni). Rivista dopo 2 mesi, nessuna modificazione si constata nell'epatomegalia; ma la febbre, dopo una leggera rielevazione, all'inizio della cura, cessa: e ritorna colla sospensione della cura. Si prescrivono le iniezioni di Neo I. C. I. per via endomuscolare. Non si è più rivista la paziente;

3, *4*, *5* presunti sani.

OSSERVAZIONE SETTIMA.

1ª generazione 2ª generazione 3ª generazione

1————————*2* e *3*

4————————*6*

5

1 assume la sifilide. Ha quattro figli;

2 e *3* presunti sani;

4 di anni 31, basso di statura: mai malattie veneree, nè mai tracce di lesioni sospette di sifilide. Passa a matrimonio con donna sana;

5 di anni 33: ha stenosi mitralica congenita: muore di polmonite;

6 (appartenente alla 2ª generazione congenita), figlio di n. *4*: di anni 3; sviluppo mentale non in rapporto con l'età; mancanza della favella; aspetto ebetiforme; fronte olimpica con lieve grado di oxicefalia. Presenta:

a) *febbre a tipo continuo-remittente*, elevandosi la sera a 37°,8-38°, e, abbassandosi, il mattino, a 37°,3-37°,4. Dura da un anno;

b) *epato e splenomegalia con stato diarroico;*

c) *R. W.* + + —.

Si prescrivono le frizioni di unguento mercuriale. Scompaiono i disturbi intestinali: dopo 2 mesi, il fegato e la milza ritornano in condizioni normali, e comincia a parlare. Ora ha sette anni ed ha l'aspetto di ragazzo normale.

OSSERVAZIONE OTTAVA.

1ª generazione 2ª generazione

1————————*2*, *3*, *4*

1 si contagiò di sifilide, e 4 anni dopo andò a matrimonio. Curò la sifilide discretamente. La moglie, dopo varî anni di matrimonio, cominciò a soffrire di dolori serotini nelle gambe, di cefalea, e oggi è affetta da aortite;

2 di anni 15, non mestruata ancora, di costituzione gracile e piccola di statura; bene sviluppata intellettualmente. Ha poliadenopatie latero-cervicali e macrodontismo degli incisivi mediani superiori;

3 di anni 9, presenta:

a) *distanziamento degli incisivi superiori mediani e macrodontismo;*

b) *osteo-periostite massiva* in due parti della tibia sinistra (terzo superiore e regione malleolare), diagnosticata da due anni per affezione tubercolare, per la quale fu consigliato l'intervento chirurgico;

c) *cheratite parenchimatosa;*

4 di anni 5, presenta:

a) *febbre serotina* (37°,5-37°,7) da più di un anno, a tipo intermittente;

b) *splenomegalia* (da 2 anni).

La cura specifica, in vario modo adoperata in n. *2* e *3*, migliora le condizioni generali, le iperplasie glandolari, l'osteo-periostite massiva, la cheratite.

In *4*, dopo 2 mesi di frizioni mercuriali, si riduce completamente la splenomegalia, e dopo 20 giorni cessa completamente la febbre. Con le cure ulteriori (preparati jodici, frizioni mercuriali) la febbre non più ritorna, nè il tumore di milza.

OSSERVAZIONE NONA.

1ª generaz. 2ª generaz. 3ª generaz. 4ª generaz.

1————————*2*————————*3* a *6*

7————————*8*

1 assume la sifilide, e si sposa in tarda età;

2 neurastenico, a 50 anni si suicida. Non ho potuto bene assodare se si fosse anche lui contagiato di sifilide;

3, *4*, *5* suicidi in giovane età;

6 di anni 46, tipo neurastenico, mai si contagiò di malattie veneree: a 30 anni soffre di una ulcerazione nella gamba destra che guarisce con le cure mercuriali: soffre poi di disturbi dispeptici che durano molto tempo, e guariscono con le cure climatiche e comuni. A 46 anni, ha aspetto pallido, precocemente senile; è impotente sin dall'età di 40 anni; ha leucoplasia orale. Dopo un attacco d'influenza (1921) a forma tracheo-bronchiale, durante la convalescenza, presenta:

a) *febbre a tipo continuo-remittente* (con maximum, la sera, a 38°-39°) che si accompagna ad astenia generale, e tosse secca;

b) *focolaio di bronco-alveolite* alla base del polmone destro.

Febbre e bronco-alveolite guariscono dopo tre mesi con le cure comuni, cui seguirono cure intensive tonico-ricostituenti e climatiche.

L'anno seguente, nuovo attacco d'influenza laringo-tracheale, cui segue la costituzione di un *focolaio di bronco-alveolite nella stessa sede dell'anno precedente*, persistente, con febbre serotina, la quale, dopo essersi iniziata a 39°-39°,5, scende e rimane, la sera, a 37°,8-38°,2.

Esame dell'espettorato negativo dal punto di vista del bacillo di Koch. *R. W.* + + —.

Guariscono la bronco-alveolite e la febbre in breve tempo con la cura mercuriale (bijoduro di Hg.), cui si fa seguire una intensa cura di arsenobenzolo;

7 (f.) nevrotica, maritata, di anni 40; poco dopo il parto dell'unico figlio, presenta il quadro della *distimia a forma di malinconia con tendenza al suicidio*, per cui è ricoverata, varie volte, in casa di salute;

8 (figlio della precedente, di 2ª o 3ª generazione di sifilide congenita. Presenta orecchie circolari, fronte sfuggente, nessuna attitudine allo studio: va soggetto nell'inverno ad attacchi comuni d'influenza, cui segue costantemente una *febbriciattola serotina* (37°,3-37°,8), che dura 25-30 giorni. A 15 anni, presenta la *sindrome adiposo-genitale* (di Frölich) con infantilismo degli organi geni-

tali, agenesia pilare del pube e sviluppo delle glandole mammarie, e la *R. W.* + + —.

Migliora sensibilmente con le cure mercuriali associate alla opoterapia tiroidea e ipofisaria. Dopo di che, non è andato più soggetto a' periodi febbrili post-influenzali.

Per quanto sia discutibile in n. *8* il valore di questa febbre post-influenzale per rapportarla alla sifilide, ho creduto di riferirla, in rapporto alla bronco-alveolite e alla febbre, che seguì agli attacchi d'influenza di n. *6* della stessa famiglia eredo-luetica.

OSSERVAZIONE DECIMA.

1ª generazione   2ª generazione   3ª generazione

1—————————*2*

3—————————*4* a *10*

1 assume la sifilide, e muore a 54 anni: la moglie muore cieca;

2 di anni 50, neuropatico, non si contagia di sifilide, ma solo di blenorragia: ha 17 attacchi di iridite dall'età di 16 anni in poi: muore a 52 anni con aortite;

3 sorella di n. *2*, neuropatica anche lei, soffrì di convulsioni isteriche, cefalea, e muore a 51 anni con sclerosi cardio-renale. Il marito assunse la sifilide dopo nati i figli (n. *4* a *10*), tutti con stigmate di eredo-sifilide. Di essi interessa il n. *6*, maritata a uomo sano, con *R. W.* + + — già prima del matrimonio. Dopo un mese dal parto, presenta:

a) *febbre serotina a tipo intermittente*, che si eleva, la sera, a 37°,7-38°;

b) *nevralgia crurale sinistra*, ad accentuazione serotina.

Dopo 30 giorni di varî trattamenti non specifici, la febbre e la nevralgia rapidamente guariscono con poche iniezioni di bijoduro di Hg.

Dalle 10 osservazioni, nelle quali si è potuto escludere il contagio acquisito ne' discendenti in modo sicuro, si deducono i seguenti rilievi:

a) *La febbre da sifilide congenita può apparire in qualunque età*: da 3 anni (Oss. 7ª) a 45 anni (Oss. 9ª), così in 1ª generazione (Oss. 1ª, 2ª, 4ª, 7ª, 8ª) come in 2ª generazione ereditaria (Oss. 3ª, 5ª, 6ª, 9ª, 10ª). Nella Oss. 9ª, nel n. 8, si potrebbe anche ammettere che si osservi alla 3ª generazione ereditaria, ma è lecito dubitare, non essendo certo che il nonno (n. 2) non si sia contagiato di sifilide. Restano, per altro, i due discendenti di quell'osservazione (numeri 6 e 8) affetti di febbre da sifilide congenita, e non acquisita;

b) *Ugualmente frequenti sono il tipo continuo-remittente e il tipo intermittente*. Nel primo tipo (Oss. 2ª, 3ª, 4ª, 7ª e 9ª), l'altezza della temperatura si è elevata sino ad un massimo di 39°,5; nel secondo tipo (Oss. 1ª, 5ª, 6ª, 8ª, 9ª e 10ª), la temperatura massima si mantiene sempre più bassa che nel tipo continuo-remittente, non superando i 37°,4-38°.

Ad un esame incompleto può apparire più frequente il tipo intermittente, perchè la remissione, talora cospicua, nel 1° tipo può far pensare che sia cessata la febbre, il mattino: ma quando si è misurata la temperatura, si è trovato che non rimetteva mai al di sotto di 37°, come avrebbe dovuto essere per poterla dichiarare a tipo intermittente;

c) *L'inizio della febbre, quando fu diagnosticata, risaliva ad un minimum di un mese prima e ad un maximum di 3 anni.*

Sono i limiti estremi ne' casi osservati (Oss. 10ª e 1ª). Non vi è ragione di non ritenere che si possa arrivare al di là de' 3 anni, come in un caso di febbre da sifilide acquisita, da me osservato, in cui la febbre, che si accompagnava a entero-colite, e si presentava a periodi, risaliva a 12 anni avanti, e scomparve definitivamente con la cura specifica (vedi memoria citata);

d) *La febbre si è manifestata, nel maggior numero de' casi, in concomitanza con lesioni organiche a gravità diversa*:

epato- e splenomegalia (Oss. 4ª e 7ª)
bronco-alveolite (Oss. 9ª)
nevralgia crurale (Oss. 10ª)
iperplasie glandolari (Oss. 2ª e 3ª).

Ma in altri casi nessuna appariscente lesione organica, esterna o interna, tranne un insignificante aumento dell'aia splenica (Oss. 1ª, 5ª e 8ª), sì da potersi parlare di *febbre sifilitica essenziale;*

e) *Il riverbero sullo stato generale è in rapporto meno con il grado della temperatura o col tipo febbrile, che con l'entità delle alterazioni organiche.*

Così nell'Oss. 4ª, in cui vi era epato- e splenomegalia, ascite ed elefantiasi degli arti inferiori, vi era anche cospicua oligoemia. Quando non ci sono lesioni organiche, può la febbre sussistere con un soddisfacente stato della nutrizione generale, come in quasi tutti gli altri casi;

f) *La febbre può talvolta scomparire con le cure comuni.* Si ha ragione di pensare così per l'Oss. 9ª, in cui il primo attacco di bronco-alveolite con febbre, consecutivo ad influenza, quando l'infezione influenzale era esaurita, guarì con i trattamenti comuni dopo lungo tempo, mentre l'identica manifestazione febbrile e bronco-alveolare, che doveva ritenersi di natura specifica, nella stessa sede, l'anno successivo, guarì presto e migliorò lo stato generale, mediante la cura specifica;

g) *La febbre sifilitica si può confondere, come in varî de' casi osservati, con la febbre melitense, con la febbre tubercolare, con la febbre malarica, con la febbre da infezione intestinale.*

Da quest'ultima la differenziazione si fa specialmente per l'assenza di disturbi in rapporto con l'apparecchio intestinale. Ma giovano certo, più che altro, i risultati negativi delle ricerche

di laboratorio (esame dell'espettorato, la siero-agglutinazione negativa per la melitense, la ricerca negativa del plasmodium malariae, ecc.). In qualche caso era per avvenire una deviazione dalla diagnosi di febbre sifilitica (Oss. 2a) per la ricerca serologica positiva per la melitense nella diluizione 1:100, per quanto sia risaputo che a tale diluizione non si possa fare affidamento sul risultato positivo in tale infezione. Viceversa, la siero-reazione Wassermann è risultata in tutti i casi positiva, sebbene non in ugual grado in tutti;

h) *La febbre da sifilide congenita si è potuta risvegliare in determinate circostanze: convalescenza di una infezione da influenza* (Oss. 9a), *epoca fisiologica, cioè puerperio* (Oss. 10a).

È una constatazione che va messa in rilievo per i facili errori, cui può dar luogo la mancata ricognizione della febbre sifilitica;

i) *La febbre cede al mercurio e all'arsenobenzolo.*

È a notarsi che, essendoci una visceropatia, la febbre ha regredito più facilmente e più rapidamente della lesione organica. In un sol caso (Oss. 6a), che per la sindrome obiettiva ci fece sperare un risultato terapeutico sicuro, perchè rassomigliava a quella di un altro caso (Oss. 7a), la cura risultò inefficace. Però, senza negare che altro fattore morboso fosse in atto su terreno eredo-luetico, non si può escludere che si sarebbe forse potuto ottenere un risultato migliore modificando le modalità del trattamento, come, del resto, accade in forme non dubbie di febbre da sifilide acquisita, che cedono ad un determinato trattamento specifico piuttosto che ad un altro;

l) Circa la patogenesi della febbre, ricordiamo che per quella da sifilide acquisita si sono avanzate varie ipotesi: 1) che sia espressione della tossiemia sifilitica che ecciterebbe i centri pirogeni, più frequentemente in periodo secondario, meno in periodo tardivo (Ceconi, Sisto, D'Amato, ecc.); 2) che sia esponente di ipersensibilità organica o di infezione più virulenta in individui privi di immunità (Anderson, Iaconi, ecc.); 3) che sia conseguenza di focolai attivi che risiedono ne' più svariati organi; da' quali partono le sostanze tossiche che andrebbero ad agire su' centri termoregolatori (Verando, Grocco, Cesa-Bianchi, Sand, Glaser, ecc.).

Per la sifilide congenita, si potrebbero ripetere queste tre ipotesi patogenetiche. Indubbiamente, l'ipotesi che la febbre sia in rapporto con focolai attivi è la più accettevole, nè la esistenza della febbre detta *essenziale* esclude questa ipotesi, giacchè il non essere appariscente clinicamente il focolaio attivo non esclude che non ci sia. La questione non resta per altro risoluta, giacchè ciò che bisognerebbe spiegare è perchè nella massima parte di lesioni organiche dipendenti da sifilide manca la febbre, e questa, invece, può comparire quando le lesioni organiche mancano, e perchè in certe manifestazioni comuni, per es., le iperplasie glandolari, ordinariamente la febbre manca, e in qualche caso, nello stesso individuo, essa compare. La ipersensibilità organica che si dovrebbe risvegliare, secondo una delle ipotesi patogenetiche, in un determinato momento e non in tutte le *poussées* della infezione, è una espressione che vuol significare qualche cosa, ma in sostanza non afferma nulla di consistente. *Sino a quando non sarà conosciuta la biologia del treponema, ciò che di sicuro si può dire è che la sifilide può dar luogo al sintoma « febbre », ma la determinazione patogenetica di essa ci è ignota.*

La denominazione di *febbri criptogenetiche* che aggruppa le febbri a etiologia oscura, ha la sua giustificazione anche oggi, come l'ebbe quando fu creata. L'utilità di quella denominazione può paragonarsi, per quanto entro limiti più ristretti, a quella della *para-sifilide*, creata da A. Fournier, che servì a riunire un insieme di affezioni morbose, che pur non essendo, secondo la concezione del sommo sifilografo, di natura sifilitica, ne riconoscono l'origine.

Ma, come il gruppo delle affezioni para-sifilitiche è andato smembrandosi, a mano a mano che molte di esse, per il reperto positivo del treponema, per la siero-reazione Wassermann positiva, si sono rivelate anche di natura sifilitica, e meritano meglio la denominazione di *lesioni meta-sifilitiche*, senza che si possa ancora abolire la parola *para-sifilide*, così per le febbri criptogenetiche un po' alla volta avverrà ciò che sta avvenendo per le affezioni para-sifilitiche, dal momento che alcune di esse devono riconoscere la genesi nella sifilide congenita; deducendosi, per altro, che esse siano più frequenti di quanto possa apparire al sifilografo, alla cui osservazione si sottraggono nel periodo febbrile molti malati.

Occorrerà indagare nell'anamnesi famigliare e ne' precedenti del paziente, sia per non esser troppo corrivi ad invocare il contagio ignorato in casi di sintomi collaterali o di una sieroreazione Wassermann positiva, mentre, invece, l'infezione è di natura congenita; sia per non negare — ciò che è peggio — la natura sifilitica di certe febbri sol perchè mancano i sintomi collaterali di conferma della esistente infezione, o anche perchè possono guarire spontaneamente: il che, deviando dalle indagini necessarie a farsi, trascura o ritarda la ricognizione di una infezione tanto facile a mettersi in latenza, e ad esplodere più tardi in forme più gravi, e di più difficile cura.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Rottura completa dell'utero in travaglio

per il dott. prof. VINCENZO LUCCARELLI·
Docente di Clinica Chirurgica e Medicina Operatoria presso la R. Università di Parma e Chirurgo-Direttore dell'Ospedale Mandamentale di Viadana.

La rottura completa dell'utero durante il parto è una evenienza molto rara e costituisce sempre un accidente gravissimo in conseguenza del quale la grande maggioranza delle donne che ne sono colpite soccombono.

Molto più frequenti devono essere invece, le rotture incomplete, che interessano, cioè, parzialmente lo spessore della parete uterina, le quali nella pratica passano inosservate perchè la sintomatologia è in questo caso ben lungi dal presentare l'importanza e la gravità delle rotture complete. La rottura, come si sà, consegue alla esagerata distensione ed assottigliamento della parete uterina. Alla sua formazione possono concorrere oltrechè le lesioni violenti esterne e l'azione traumatica di intempestivo uso di strumenti e di manualità, anche e principalmente lo stato ipoplasico congenito dell'utero, l'atrofia della sua muscolatura, la presenza di neoplasie, abnorme sviluppo del feto, distocie, ecc.

Cito un caso di rottura completa, longitudinale, spontanea dell'utero, molto interessante dal lato pratico.

B. G., fu Giuseppe, di a. 36, maritata, contadina, da Luzzara. Nessun precedente ereditario; sempre sana; robusta; marito bevitore. Ha avute sette gravidanze con parti sempre laboriosi: La prima raggiunse gli otto mesi ed il feto dopo lungo travaglio nacque morto; nella seconda il parto si espletò a termine ed il feto morì dopo nove mesi per meningite; il terzo nato è vivente e sano; nella quarta gravidanza il parto si verificò poco prima del termine con feto nato morto per lungo travaglio; il quinto nato è vivente e sano; il sesto pure; nella settima gravidanza abortì al sesto mese.

L'ottava gravidanza è quella che ci interessa. Nel pomeriggio dell'11 maggio 1910 fui chiamato di urgenza presso questa malata che, così come si esprimeva il biglietto della levatrice, si trovava in condizioni gravi e con parto arrestato.

Dalle notizie raccolte risultava che la gravidanza aveva avuto decorso regolare; l'amm. aveva soltanto notato un volume addominale superiore a quello delle altre gravidanze. Il parto avrebbe dovuto espletarsi il quattro o cinque del mese, al contrario soltanto la mattina del 10 avvertì qualche dolore al basso ventre che si ripetè a lunghi intervalli durante il giorno e poi nella notte. Il mattino dell'11 alle ore sette ebbe dolori vivissimi che tali si mantennero sino alle ore 11. Durante questo periodo la levatrice notò il regolare dilatarsi del collo uterino e la sollecita progressione del capo fetale. Verso il mezzogiorno l'amm. volle discendere dal letto riuscendole impossibile la minzione nella posizione orizzontale. Finito questo atto e mentre risaliva sul letto fù colta da doglie espulsive e quasi contemporaneamente avvertì un vivo dolore lacerante all'interno dell'addome, che la fece cadere riversa sul letto. Subito dopo le parve come se un grosso corpo le fosse risalito sino alla regione gastrica (ciò che le cagionò un dolore premente sù questa parte accompagnato da senso di nausea e di sfinimento) e si fosse poi abbassato prima verso destra e poi verso sinistra provocando anche in queste parti nuovi dolori. Dopo questo accidente l'ammalata si fece pallida in volto ed accusò malessere profondo. Il fenomeno fù, dalla levatrice, attribuito al vivo dolore sofferto e cercò vincerlo somministrando degli alcoolici. Da quel momento, però, cessarono le contrazioni uterine. Dopo due ore di attesa la levatrice esplorò l'amm. e con sua meraviglia constatò che non riusciva più a palpare la testa fetale. Impressionata, anche dal fatto che dalla vagina fuoriusciva sangue in quantità, mentre mi mandava a chiamare praticò una iniezione di ergotina.

Trovai l'amm. pallida, subcosciente, con la fronte ricoperta da sudore freddo, polso frequente e filiforme; aveva di tratto in tratto conati di vomito; dalla vagina fluiva sangue in discreta quantità. Alla palpazione si aveva l'impressione di palpare un utero poco contratto ed al di sopra ed a sinistra di esso, attraverso la parete addominale, si percepivano indistintamente due o tre corpi allungati e duri, non limitabili che il solo sospetto della esistenza di un utero perforato poteva far giudicare trattarsi di arti. L'esplorazione vaginale faceva apprezzare un bacino piatto con coniugata vera di circa otto centimetri; il collo uterino in dilatazione completa, nessuna presenza di feto.

Introdotta la mano in cavità uterina incontrai prima una parte del cordone e verso il fondo dell'utero percepii il capo. Superata la testa incontrai le braccia e dopo di esse una apertura attraverso il fondo uterino in cui si penetrava agevolmente con le dita e si distinguevano nettamente col tatto, il corpo fetale, un tratto di cordone ombelicale e le anse intestinali ammassate attorno alla apertura dell'utero.

Si trattava, quindi, di una rottura dell'utero attraverso la quale era penetrato il feto con gli arti inferiori e con il corpo, rimanendo arrestato a livello delle ascelle per probabile sbarramento delle braccia.

Dapprima cercai di ridurre nella cavità addominale alcuni tratti di anse intestinali che pure si trovavano nella cavità uterina: Non riuscendovi procedei a ritirare il feto; ciò che mi riuscì abbastanza agevole data la mancanza di contrazioni uterine, e la rilasciatezza delle sue pareti. Quando potei afferrare entrambi i piedi praticai il rivolgimento reso malagevole dal groviglio di intestini e del cordone medesimo e dalla necessaria prudenza di mantenere ridotti gl'intestini che cercavano di seguire la discesa del feto.

Il feto era di dimensioni normali e non grosso, tuttavia la testa non riuscì a disimpegnarsi dallo stretto inferiore: per cui dovetti praticare la craniotomia su feto morto. Rientrato in cavità asportai la placenta situata sul lato sinistro del-

l'utero e poi ridussi le anse intestinali attraverso l'apertura uterina che in questo momento riprese a contrarsi con una certa vivacità. Infine inclinai sensibilmente il letto della malata acciocchè la massa intestinale si mantenesse il più possibilmente lontana dall'utero e feci applicare il ghiaccio sull'addome.

Terminato l'intervento l'amm. era fortemente spossata ed ancora nello stato di shock. Si praticarono iniezioni eccitanti, una abbondante ipodermoclisi e dopo un paio di ore le condizioni si fecero abbastanza rassicuranti.

Non vi fù febbre, non vi furono dolori spontanei; soltanto alla palpazione del fondo dell'utero si suscitava un dolore lancinante ed urente. Venti giorni dopo l'amm. era completamente ristabilita e non risentiva alcun disturbo consecutivo al gravissimo accidente superato.

Due anni dopo e precisamente l'8 luglio 1912 partorì nuovamente. La gravidanza era stata ottima sotto ogni rapporto. Quando questa volta fui chiamato il travaglio durava da più di dieci ore; trovai presentazione di piedi di cui uno era procidente in vagina e l'altro puntando sul pube impediva la discesa del feto. Disimpegnato questo arto il feto procedè regolarmente sino ad un certo punto e poi si arrestò causa lo sbarramento degli arti superiori incrociati al di dietro del collo fetale: disimpegnate le braccia riuscì con le sole manualità ad estrarre un feto normale, a termine, robusto e vivo. Il secondamento avvenne normalmente e spontaneamente. Il puerperio si svolse bene e l'amm. guarì.

Da rilevare in questo caso di rottura dell'utero vi sono i seguenti particolari: la rottura, interessante l'utero in senso longitudinale, si è verificata durante una contrazione uterina nell'atto stesso in cui l'amm. per risalire sul letto ha vivamente contratti i piani pelvici-perineali e la parete addominale facendo in tal modo mancare alla contrazione uterina quello spazio e quella elasticità di cui necessitava la particolare vulnerabilità della muscolatura della matrice; la contrazione uterina non essendosi potuta esercitare normalmente sopra tutti i settori ha dovuto prevalentemente esplicarsi nella zona priva di contenzione e precisamente sul fondo dell'utero. La intera entrata del feto nella cavità addominale non è stata impedita da una abnorme contrazione della rottura, perchè l'utero era perfettamente inerte, ma unicamente da un provvidenziale sbarramento degli arti superiori che hanno impedita la completa fuoriuscita del feto. Malgrado la caduta di anse intestinali nell'utero queste si sono potute ridurre e la contrazione dell'utero avvenuta dopo l'uscita dell'uovo ha validamente impedito che esse tornassero ad impegnarsi. L'emorragia è stata sino ad un certo punto contenuta dalla presenza del corpo del feto nella fessura uterina. La cicatrizzazione è da ritenersi si sia effettuata in maniera perfetta, anche da parte del peritoneo, se non solo non sono reliquati disturbi da attribuirsi ad aderenze, ma è stata possibile una nuova gravidanza a termine. Il fattore della irregolare conformazione del bacino non è completamente da trascurarsi nella formazione di questa rottura in quanto non poteva, insieme alle altre cause surricordate, impedire la progressione del feto e quindi esagerare la tensione dell'utero sù quel punto, il fondo, che, come abbiamo visto, era l'unico che mancasse di contenzione.

Come curiosità biografica e perchè non lo vedo riferito in nessuno dei lavori da me consultati, ricordo che sù « The Edimburgh Medical and Surgical Journal » (Julj 1833) riportato sulla « Antologia Medica » del prof. Valeriano Luigi Brera (Venezia, Tipografia A. Bazzarini, 1834, p. 391, aprile 1834) da cui lo rilevo, è citato un caso di « Rottura d'utero in parto; guarigione, nascita di un altro bambino a termine quindici mesi dopo » del dott. Jouann Dunn.

DALLA PRATICA CORRENTE.

La pertosse-terapia dell'asma.

Dott. NICOLA CIANCIO.

Quale medico della *Casa dos expostos* (trovatelli) due anni or sono, ho osservato il caso d'un bambino di sei anni sofferente d'asma, da oltre tre anni, e che ne guarì completamente in seguito a pertosse. Coincidenza o pertosse-terapia? Prese quest'ultima malattia nel mese di gennaio e la tenne, più o meno violenta, sino ai princìpi di marzo. Nei principi d'aprile n'era completamente guarito, e l'asma non gli venne più. Ora, passati ben due anni, il bambino sta bene, e cioè, *non ha più nè asma e nè pertosse.*

Non ho osato pubblicare questo primo caso; e nemmeno ho avuto il coraggio di tentare delle altre esperienze *in anima nobile*, sapendo quanto soffrono i poveri bambini affetti da pertosse.

Ma ecco, che l'anno scorso mi succede d'osservare un altro caso in un bambino più grandicello (otto anni).

M. S. 8 anni, nato in Brasile, figlio di padre e madre italiani. Bambino robusto, frequenta la scuola. Antecedenti famigliari negativi. Ha avuto il morbillo tre anni fa; e nient'altro v'è nel suo passato.

Soffriva d'asma sino dal secondo o terzo anno di vita. Gli accessi d'asma gli venivano quasi matematicamente ogni volta che le condizioni climateriche cambiavano (abbassamento di temperatura ed elevazione barometrica, con aumento di umidità dell'aria). Facevo lo *studio fisico dell'asma* da oltre tre anni (lavoro che spero pubblicare più tardi).

Nel settembre 1926 contrasse la pertosse. Ne soffrì molto. Nella seconda metà di novembre n'era perfettamente guarito. Novembre era uno dei mesi dell'asma, ma questa non venne. Dicembre... nemmeno, e così via dicendo fino ad oggi. Io, che accompagnavo il decorso con massima attenzione sino ai minimi cangiamenti, con un'osservazione assidua, lo ritengo completamente guarito dall'asma. Di modo che anche lui, adesso *non ha più asma nè più pertosse.*

Ho creduto importantissimo, per tutti i poveri bimbi che soffrono il martirio dell'asma, fare questa comunicazione al mondo medico. Forse se ne potrebbe avantaggiare la terapeutica! Chi sa che per gli adulti (ma gli adulti non prendono facilmente la pertosse!) la pertosse non guarirebbe anche l'asma. Io non ho nessuna osservazione.

Rio de Janeiro (Brasile).

NOTE POLEMICHE.

Sul mixosarcoma primitivo del fegato.

Caro *Policlinico*,

Nel n. 25 della Sezione pratica, a pag. 885 e seguenti, trovo riportata la descrizione di un caso di mixosarcoma primitivo del fegato, descrizione limpidamente redatta dal dott. Beggiato, assistente nell'Ospedale Civile di Schio (Vicenza).

Non discuto... l'insuccesso diagnostico, perchè molto probabilmente, al cospetto di quella sintomatologia, i più diligenti e consumati clinici si sarebbero orientati verso la diagnosi formulata, meglio, accettata, dal prof. Mariani.

Mi preme soltanto di rilevare che la puntura esplorativa, in casi di cisti da echinococco, non è, poi, sempre scevra di conseguenze.

Io so di punture seguìte da disturbi gravissimi, e nel caso, molto recente, di un bambino dodicenne, nel quale diagnosticai cisti da echinococco del fegato, diagnosi confermata all'atto operatorio, il bambino, per una puntura esplorativa, praticata, *ope artis*, da un provetto chirurgo, ebbe a soffrire delle turbe assai gravi, con ipertermia notevolissima (40°,2), durante diversi giorni.

Ma, sopratutto, mi preme di rievocare un ricordo del prof. Cardarelli, che non è del tutto univoco con quanto il collega espone, in merito a detta puntura.

In una delle sue memorande lezioni, tenuta nel marzo 1909, infatti, il vegliardo geniale ammoniva: « *La puntura esplorativa... può dar luogo a gravi inconvenienti, anche mortali. Guardatevi, dunque... perchè si possono avere, e facilmente, fenomeni di rapida intossicazione, di peritonismo, che, per 10-12 ore, tengono l'infermo sospeso tra la vita e la morte* ».

Ho trascritto integralmente dal II volume delle « Lezioni scelte del prof. Cardarelli » stenografate e raccolte, a cura del prof. Senise, e l'ho fatto volentieri, non per aver l'aria di addottorarmi, nè per il gusto sadico di dare la smentita, ma per recare un omaggio postumo alla memoria dell'inobliabile Maestro.

Colgo l'occasione, intanto, per complimentare il collega della limpida e diligente esposizione, e mi auguro che il modesto rilievo non gli abbia a riuscire increscioso.

Ossequi.

Dott. RAFFAELE CORNACCHIONE.

Picerno.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Il sistema reticolo-endoteliale.

Dott. GIUSEPPE PERGHER,
assist. nell'Ist. d'Igiene della R. Univ. di Roma.

In questi ultimi anni sono comparsi numerosissimi lavori sulla dibattuta questione del sistema reticolo-endoteliale. Di fronte a tanta mèsse, è facile smarrirsi.

È probabile altresì che a molti colleghi, confinati in lontane regioni, sia giunta appena l'eco di tali studi.

Stimo, perciò, utile prospettare, brevemente, le linee principali che oggi guidano gli studiosi del sistema reticolo-endoteliale (s. r. e.) e fornire, attraverso questo giornale, ai medici pratici il mezzo di conoscere siffatto campo della medicina, circonfuso da un'aureola ancora forse troppo teorica.

MORFOLOGIA E DISTRIBUZIONE DEL S. R. E.

Gli studi sul s. r. e. hanno il loro inizio fin dalle osservazioni di Kupfer (1876), il quale descrisse, nel fegato, speciali elementi cellulari, che portano il suo nome.

In seguito comparvero altre ricerche, che rimasero, però, isolate, direi quasi misconosciute o per lo meno poco valutate.

Tutte queste osservazioni, singole e sparse, cominciarono a prender forma, allorchè Aschoff ed i suoi allievi, con poderoso slancio, le raccolsero le svilupparono con nuovi studi e ne dedussero infine, un primo sistema organico, che chiamarono apparato reticolo-endoteliale.

Oggi si può riguardare il s. r. e., che, embriologicamente, ha un'origine mesenchimale, formato precipuamente da cellule, come dice il nome stesso, del tipo endoteliale; dalle quali prendono

origine fibrille, molto esili, che vanno, alla lor volta, a mettersi in diretto contatto, da una parte con gli elementi cellulari dei diversi organi, e dall'altra anche con le pareti vasali.

Un esempio, ormai classico, di simile struttura, si ritrova nel fegato; ove, appunto, si vedono dipartirsi dalle cellule di Kupfer speciali fibrille, dette a graticciata (*Giternfasern* dei tedeschi), che vanno tanto alle cellule proprie del parenchima epatico quanto ai suoi vasi.

Ma elementi, che costituiscono il s. r. e., si ritrovano, si può dire, in qualsiasi organo e tessuto dell'organismo animale dei vertebrati superiori, sebbene in numero diverso.

Tuttavia è fuori d'ogni dubbio, che i tessuti, maggiormente ricchi di elementi del s. r. e., sono sopratutto quelli degli organi emolinfopoietici: la milza, il midollo osseo, le linfoglandole ed il fegato, che nell'adulto, almeno potenzialmente, ha pure la stessa funzione.

Oltre a ciò, il s. r. e. è rappresentato negli endoteli vasali, nelle guaine perivasali, nelle lacune linfatiche, nei surreni, nell'ipofisi, nel pancreas, nel timo, nel testicolo ed in modo assai più netto e preciso nel tessuto cellulare lasso; nel quale ultimo gli elementi formativi del s. r. e. sono gli istiociti, le cellule migranti e, secondo alcuni, anche certi monociti, che, in determinate condizioni, possono giungere perfino nel torrente circolatorio.

Gli organi, che a tutt'oggi sembrano meno sicuramente provvisti di cellule appartenenti al s. r. e. sono la pelle (cellule di Langerhans) ed il sistema nervoso centrale (mesoglia).

Cosicchè, dall'insieme di questa esposizione sommaria, possiamo figurarci l'estensione che questo sistema abbraccia nell'organismo!

Ed è denominato *sistema*, poichè è supponibile che questa rete di filamenti, con le loro rispettive cellule cui fanno capo, costituisca *un tutto*, organicamente connesso; sebbene, in base agli ultimi studi, non si possa escludere un certo differenziamento delle singole parti, dislocate in questo o quell'organo.

L'ipotesi di una correlazione e confortata, come vedremo subito, più dalle proprietà biochimiche e biofisiche del s. r. e., che dalle sue caratteristiche morfologiche ed anatomiche.

FISIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA DEL S. R. E.

Infatti, tutti gli elementi costituenti il s. r. e. hanno una proprietà comune fondamentale, che, per quanto non esclusiva, essendo, in ultima analisi, propria a tutte le cellule viventi dell'organismo, è tuttavia spiccatamente più intensa negli elementi cellulari del s. r. e.

Intendo parlare della proprietà fagocitaria, altrimenti detta *funzione granulopessica*.

Ognuno conosce il significato della fagocitosi, che è, essenzialmente, il meccanismo per cui una cellula assume, nell'interno del suo protoplasma, una sostanza estranea. La fagocitosi è funzione diretta a liberare l'organismo da qualsivoglia sostanza estranea presente nel torrente sanguigno od anche nel plasma esistente negli interstizi delle cellule dei vari tessuti.

D'altra parte, essendo funzione generica, viene esplicata nei riguardi di sostanze estranee, introdotte, artificialmente, nell'organismo o formatesi in seno all'organismo stesso, per cambiamento, mi si permetta l'espressione, sostanziale della materia, come accade appunto nei processi patologici.

Di qui, la possibilità di studiare tale funzione in condizioni sperimentali, che segnarono, poi, la via alla interpretazione dello esplicarsi della funzione stessa in condizioni patologiche.

Sono suscettibili di fagocitosi: i metalli colloidali (argento, ferro, rame ecc.); i prodotti colloidali del ricambio stesso (lipoidi, colesterina, emoglobina); ed anche elementi corpuscolati (emazie, detriti di emazie, piastrine, batteri ecc.).

Tuttavia è stato dimostrato che l'attività fagocitaria degli elementi del s. r. e. si esplica solamente verso sostanze estranee, aventi una carica elettrica negativa. Il che farebbe supporre che le micelle colloidali formanti le cellule stesse del s. r. e. avessero una carica elettrica contraria ossia positiva.

Inoltre va notato che le sostanze, inglobate dagli elementi del s. r. e., non sono da questi sempre distrutte (digestione intracellulare); ma talora rimangono a lungo, apparentemente inalterate, nell'interno del protoplasma delle cellule medesime.

* * *

È opportuno considerare un po' più da vicino, qualcuna delle attività fagocitarie degli elementi del s. r. e.; perchè esse hanno uno stretto rapporto con determinati stati patologici dell'organismo e ne delucidano, alquanto, il meccanismo patogenetico.

Prima: la fagocitosi degli agenti morbosi od *attività batteriopessica*.

L'organismo, assalito dai più svariati agenti morbosi, appartengano essi alla grande famiglia dei protofiti o batteri propriamente detti, od a quella dei protozoi, si difende, come ha dimostrato da lungo tempo Metschnikoff, ingaggiando nella lotta sovratutto gli elementi che hanno spiccate attitudini fagocitarie.

Donde un risentimento immediato e generale

del s. r. e. nelle infezioni acute; che è transitorio allorquando l'organismo ne esce vittorioso.

Nelle infezioni, invece, ad andamento gravissimo, gli elementi del s. r. e., non hanno, mi si passi l'espressione, il tempo di reagire; poiche rimangono, verosimilmente, paralizzati nelle loro funzioni, dalle sostanze tossiche escrete o secrete dai batteri stessi.

Ed allora si assiste all'invasione di tutto l'organismo da parte dei germi, i quali, anzi, sembrano potersi moltiplicare, perfino, nell'interno delle cellule stesse del s. r. e.: ne abbiamo un esempio nel kala-azar, ove si rinvengono le cellule endoteliali spleniche e midollari, talora, piene in modo strabocchevole di Leishmanie; ed un altro nel tipo esentematico, in cui le cellule di Kupfer abbondano di Rikettsie.

Tuttavia le affezioni che permettono di seguire più da presso l'estrinsecazione della lotta fra batteri ed elementi del s. r. e., sono, per necessità, quelle ad andamento cronico.

Nei quali casi le cellule del s. r. e. reagiscono, sia pure alterandosi nella loro fisionomia, specificamente, verso un determinato microbio; ossia, si hanno reazioni, in un certo senso, costanti ed uguali per ogni determinata malattia cronica.

Il campo sperimentale ha dato ampio sussidio a quello istopatologico; mi basta citare l'istogenesi del tubercolo.

Comunque appartengono a questo gruppo di alterazioni reattive del s. r. e., oltre il tubercolo, con le sue caratteristiche cellule epitelioidi e giganti; le cellule di Sternberg, proprie del granuloma maligno; le cellule giganti, che s'osservano nelle manifestazioni luetiche; quelle della lebbra, del rinoscleroma ecc.

*
* *

L'altra attività, molto importante, è la *emocateretica* o fagocitosi dei globuli rossi.

Questa funzione si esplica tanto in condizioni fisiologiche (con la distruzione dei globuli rossi, invecchiati e non più adatti al loro scopo), che patologiche (globuli rossi alterati da qualsivoglia causa morbosa, di cui l'esempio più tipico ci è fornito, forse, dalle emazie alberganti il parassita malarico).

Simile funzione ha il suo massimo centro d'attività nella milza, che è l'organo più ricco di elementi del s. r. e.; ma si esercita, pure, in tutte le altre stazioni emolinfopoietiche dell'organismo, che diventano, per ciò (un vero paradosso!) centri di emocateresi.

In taluni stati morbosi, che sono raggruppati sotto la denominazione di anemie emolitiche, l'attività emocateretica può esplicarsi in modo sì intenso da costituire, sol per se stessa, il fatto essenziale, dominante del quadro morboso.

Anzi, nella splenomegalia emolitica ad es., come ha dimostrato brillantemente il Banti, tale attività, almeno per un determinato periodo del morbo, si polarizza nella milza soltanto. Donde l'indicazione alla splenectomia, che può scongiurare, anche definitivamente, l'ulteriore progredire dell'emolisi patologica; se le stazioni secondarie non entrano in scena e ne continuano il giuoco.

IL BLOCCO DEL SISTEMA RETICOLO-ENDOTELIALE.

Per bloccaggio o semplicemente blocco del s. r. e. si intende la soppressione funzionale che viene esplicata normalmente negli elementi del sistema stesso.

La manifestazione funzionale più evidente degli elementi del s. r. e., come abbiamo visto poc'anzi, è la granulopessica.

Ora, mi si conceda l'espressione, sfruttando artificialmente e fino ad esaurimento tale attività, al lume della logica si dovrebbe giungere ad un punto, in cui gli elementi del s. r. e. non sono più suscettibili di ulteriori funzioni fagocitarie: donde il blocco del s. r. e.

Si è tentato da innumerevoli AA. di giungere al fine, battendo la stessa via, ma con mezzi diversi; iniettando, cioè, negli animali per via parenterale, le più svariate sostanze fagocitabili. Le più usate sono: il ferro colloidale, il saccarato ossido di ferro, il collargolo, anche sospensione di emazie, e varie sostanze coloranti (pyrrolblan, tripanblan, carminio d'indaco, litiocarminio, ecc.; il s. r. e. è stato anche detto *sistema pirrofilo*, per l'attitudine a fissare: derivati del pirrolo).

Ottenutosi il blocco del s. r. e., con una qualsiasi delle sostanze or ora elencate, e procedendo, in secondo tempo, all'inoculazione nello stesso soggetto, sempre per via parenterale, di un'altra qualunque di dette sostanze fagocitabili, quest'ultima non dovrebbe cader preda degli elementi del s. r. e., trovandosi essi in stato di completa saturazione dalla sostanza iniettata per prima.

Molti sperimentatori, tra cui alcuni di molto valore, partendo da questa premessa, in apparenza logica, hanno tentato di dare una base sperimentale ad un gruppo di fenomeni biologici, cui accennerò tra breve.

Per debito di chiarezza, premetterò subito che, se dal punto di vista teorico il bloccaggio del s. r. e. sembra possibile, al lato pratico un vero e proprio blocco non è ottenibile.

Poichè, ad es., introducendo sperimentalmente una qualunque delle sostanze coloranti vitali, si osserva che l'assunzione stessa del colore avviene in modo diverso per ogni singola sostanza e, quel che è più, con intensità variabile nelle varie stazioni del s. r. e.

Ed allora avremo, a mo' di esempio, gli ele-

menti della milza sovraccarichi di sostanza, quindi totalmente bloccati, mentre in altri territori sono liberi.

Inoltre, molti sperimentatori, rigorosamente obiettivi, hanno dimostrato che non si può ottenere il vero blocco del s. r. e. se non a patto di spingere l'impregnazione preventiva a tale grado di saturazione, da sopprimere qualsiasi attività delle cellule del s. r. e. stesso: il che equivale alla loro distruzione.

Stando le cose a questo punto, non si è autorizzati a dedurre delle conclusioni; occorrono ancora molte esperienze. Mi sia lecito, tuttavia, annotare che esiste molto scetticismo per la giustezza degli esperimenti basati sul blocco del s. r. e.

Ciò non per tanto, per mezzo del blocco del s. r. e., molti autori, in recentissimi lavori, avrebbero dimostrato che il s. r. e. stesso ha una notevole importanza nel *ricambio del ferro*, nella produzione di *anticorpi* ed, in genere, nello stabilirsi degli *stati immunitari*.

Studiamo ad es. il meccanismo di produzione degli anticorpi.

Se si inocula, opportunamente, ad un animale sensibile un germe, l'animale reagisce contro il germe stesso, producendo delle sostanze speciali, atte a neutralizzarne gli effetti ovvero a distruggerlo (agglutinine, lisine, precipitine ecc.).

Bloccando il s. r. e., alcuni autori avrebbero osservato che la produzione di dette sostanze di reazione avverrebbe in modo esiguo o sarebbe del tutto nulla. Donde la logica conclusione che il s. r. e. è adibito anche alla produzione di queste sostanze di difesa.

Così pure, dopo il bloccaggio del s. r. e., si e studiato ad es. la formazione del tubercolo, che come abbiamo già visto in condizioni patologiche ordinarie è manifestazione reattiva degli elementi del s. r. e.; e si potrebbero moltiplicare gli esempi.

*
* *

Vi sono tuttavia talune osservazioni, nel campo del s. r. e., che hanno molta apparenza di realtà, e che io voglio raggruppare in questo capitolo; perchè hanno avuto larga base sperimentale nel blocco del s. r. e.

La *fagocitosi* si esplica con un meccanismo del tutto analogo a quello sperimentalmente osservabile, anche verso le minutissime goccioline di sostanze lipoidi, tra cui in modo speciale la colesterina, le quali vengono a trovarsi eventualmente in circolo, in quantità maggiore dell'usuale, come accade in determinati disturbi del ricambio (ipercolesterinemia).

Ciò s'osserva nel morbo di Gaucher e nello xantelasma; nel primo caso gli elementi del s. r. e. sono carichi di lipoidi fosforati; nel secondo sono pregni di lipoidi birifrangenti.

Per di più, sembra che questi granuli, fagocitati, possano venir trasformati ed elaborati ulteriormente dal metabolismo cellulare stesso. Ciò che più conforta questa ipotesi è la trasformazione, cui soggiacciono, in modo speciale, i pigmenti ematici, i quali, per un meccanismo assai complicato, verrebbero scissi e trasformati in veri e propri pigmenti biliari.

Donde la possibilità di un *ittero*, di origine extraepatica o come si suol chiamare ematogeno

Tale ipotesi sarebbe assai utile per spiegare taluni stati itterici, che non sembrano avere alcuna causa epatogena.

Tuttavia il voler dare un sostegno sperimentale a questa ipotesi, allo stato attuale, è molto azzardato. Poichè lo studio del problema della biligenesi extraepatica, dopo aver bloccato il s. r. e., per esser il blocco incerto, porta a conclusioni altrettanto dubbie.

PATOLOGIA DEL SISTEMA RETICOLO-ENDOTELIALE.

Prima di inoltrarci in questa parte, è opportuno riepilogare, a grandi linee, l'esposizione fin qui fatta.

Tra le funzioni attribuite al s. r. e., si possono ritenere, direi, quasi sicuramente dimostrate: la fagocitosi, l'emocateresi, la produzione di tesssuto di granulazione e di riparazione, che costituiscono gran parte in una notevole quantità di stati morbosi.

Le altre funzioni, che sono riunite nel capitolo sul blocco, restano ancora sul tappeto della discussione.

Da questa rapida rassegna, il lettore si sarà fatto un concetto di ciò che veramente si può ritenere come dimostrato e di quello che potrà ancora affaticare un poco lo spirito dello sperimentatore. Per cui comprenderà che il voler riassumere brevemente la patologia del s. r. e. non è facile: partendo, infatti, da presupposti diversi è difficile giungere a conclusioni concordanti.

Perciò, dopo aver considerato le più disparate opinioni che dominano questo campo, data anche la mia imparità alla materia, m'è parso che i concetti più coerenti e più semplici fossero quelli esposti dal Cesa-Bianchi; e li seguirò integralmente.

Il Cesa-Bianchi, attenendosi al criterio di lesa funzione del s. r. e. ne distingue due gruppi di stati morbosi; essendo due, fondamentalmente, le branche d'attività del s. r. e. medesimo:

1) le malattie o processi morbosi, dipendenti da lesa funzione batteriopessica, da lui chiamata protettivo-riparatrice;

2) le malattie o sindromi morbose, dipendenti da lesa funzione emocateretica.

* * *

Le affezioni del primo gruppo hanno moventi etiologici quasi completamente noti e sono rappresentate essenzialmente dai granulomi; i quali possono essere localizzati o sistemizzati.

I granulomi hanno carattere localizzato, quando interessano uno o pochi territori del s. r. e.; il che sta in rapporto alla primitiva localizzazione *in situ* del germe specifico. Hanno, per contro, carattere sistemizzato quando interessano, più o meno completamente, le più importanti stazioni del s. r. e. stesso.

Appartengono ai granulomi localizzati il tubercolare, il luetico, il lebbroso, il morvoso, l'actinomicotico, ecc.

Il granuloma tubercolare, ed eccezionalmente anche gli altri, possono presentare pure carattere diffuso; ma in pratica il vero rappresentante dei granulomi a carattere sistemizzato è il granuloma maligno di Sternberg Paltauf, o linfogranuloma maligno, la cui sintomatologia clinica è ben individualizzata e la cui etiologia, per ora ignota, è legata presumibilmente al virus tubercolare.

* * *

Le malattie del secondo gruppo hanno momenti etiologici pressocchè completamente oscuri. Esse sono alla dipendenza di un'alterata funzione emocateretica degli elementi del s. r. e. e sono tutte caratterizzate da una sindrome anemica più o meno intensa, che è per tutte e costantemente a base emolitica.

Queste sindromi emolitiche possono presentarsi con *carattere anemico semplice*, con modificazioni cioè soltanto del sangue, senza lesioni viscerali clinicamente apprezzabili.

A questo tipo appartiene l'anemia perniciosa progressiva di Biermer e tutte le varietà perniciosiformi di anemie essenziali emolitiche.

In secondo luogo le sindromi emolitiche possono avere il *carattere di anemia splenomegalica;* quando le alterazioni della milza predominano nel quadro morboso (splenomegalia).

Appartengono a questo gruppo: l'anemia splenica tipo Strümpell e l'ittero emolitico cronico splenomegalico.

Infine vi sono delle sindromi emolitiche, che hanno come caratteristica clinica fondamentale una *epato-splenomegalia* e l'anemia, dunque, ha carattere epato-splenomegalico.

In queste sindromi la tubercolosi, la sifilide e l'alcoolismo sembrano costituire momenti etiologici di grande importanza. Ed esse hanno a loro base anatomica un'estesa e profonda lesione del s. r. e., nelle sue principali stazioni.

Clinicamente queste affezioni sono accompagnate ora da ittero, ora da ascite, oppure prima da ittero e poi da ascite, con tumore di milza persistente e con fegato grosso. In secondo tempo il fegato si riduce, compare l'ascite e può scomparire l'ittero anche completamente; invece subentrano o s'intensificano le manifestazioni emorragiche della cute e delle mucose.

* * *

Una terza categoria di malattie ascrivibili ad alterazioni del s. r. e. è data dalle *iperplasie semplici* le quali possono avere carattere diffuso o localizzato.

Appartengono alle iperplasie localizzate la splenomegalia lipoidica di L. Pick e la xantomatosi diabetica.

A quelle diffuse il morbo di Gaucher.

Le *vere neoplasie*, il cui carattere blastomatoso però è dubbio, sono: xantelasma, xantoma, endoteliomatosi.

* * *

Da ultimo v'è la *splenogranulomatosi siderotica* di Gamna, caratterizzata essenzialmente da splenomegalia con modica anemia a tipo clorotico, senza ittero, senza emorragie e senza ascite.

La milza, assai voluminosa, appare più o meno completamente trasformata in un tessuto polimorfo *sui generis*, che per i suoi caratteri istologici il Gamna avvicina ai granulomi; ma che per una spiccata siderosi da attiva distruzione dei globuli rossi appartiene anche ai disturbi da lesa funzione emocateretica.

Infine *la reticolo-endoteliosi leucemica*, descritta da O. Ewald, e la *iperplasia endoteliale sistemizzata dell'apparato ematopoietico*, descritta da Goldschmid e Isaac, appartengono verosimilmente al gruppo delle sindromi emolitiche epatosplenomegaliche.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

La poliomielite acuta.

(WALSHE. *The Lancet*, 12 febbraio 1927).

La poliomielite acuta è una malattia infettiva acuta che si estrinseca inizialmente con fenomeni generali e secondariamente con disordini che sono l'espressione di lesioni del sistema nervoso centrale. L'affezione consta, in effetti, di tre fasi: una breve fase di disturbi costituzionali, seguita da sintomi d'invasione degli spazi subaracnoidei, ed infine da sintomi di alterazione del tessuto nervoso. Quest'ultima fase è quella che dà l'impronta clinica alla malattia, ma le osservazioni fatte durante le epidemie, specie in Svezia, hanno dimostrato che una larga proporzione di pazienti guarisce dall'infezione senza che si sviluppino le caratteristiche paralisi. Anzi ricerche fatte in America dimostrerebbero che questi casi così detti « abortivi » rappresentano il 50 % del numero totale dei casi verificatisi in ciascuna epidemia.

Ciascuna delle fasi cliniche ha il rispettivo sustrato anatomo-patologico. Durante la fase generale il virus si trova nel fegato, nella milza, nelle glandole linfatiche, nel midollo osseo, organi nei quali si riscontrano lesioni più o meno estese. Secondariamente il virus raggiunge gli spazi subaracnoidei provocando caratteristiche reazioni meningee, il che può essere rilevato a mezzo dell'esame del liquido cefalo-rachidiano. Infine esso guadagna la sostanza grigia del sistema nervoso centrale producendovi le ben note lesioni infiammatorie.

La fase dell'infezione generale è molto breve, dura da poche ore a tre o quattro giorni. La reazione costituzionale può essere leggerissima fino al punto da passare inavvertita, o assumere notevole intensità. La febbre è l'elemento più costante del quadro clinico, la temperatura di solito sale a 39°. Il ragazzo ha un senso di malessere, e si comporta come un ragazzo febbricitante. I sintomi locali variano da epidemia ad epidemia e tendono a conformarsi a tre tipi principali: tipo gastro-intestinale con vomito e meno frequentemente diarrea, tipo tonsillare con infiammazione delle fauci, tipo da corizza con sintomi a carico delle vie aeree superiori.

L'affezione può arrestarsi a questi disturbi, ma nella forma completa evolve verso la localizzazione meningea. L'inizio della fase subaracnoidea o meningea può seguire immediatamente quella generale, essere contemporanea, specie nei casi gravi, ed infine verificarsi a distanza di tempo da poche ore a qualche giorno. Quando tra le due fasi c'è una pausa, generalmente si ritiene che il ragazzo sia guarito di qualche banale forma febbrile. La reazione meningea può essere leggera fino a passare inavvertita, o molto violenta. Può essere di breve durata, guarire o passare nella fase terminale della lesione del tessuto nervoso in poche ore. I componenti clinici di questa fase sono: febbre, cefalea, dolore al dorso ed agli arti, rigidità vertebrale con resistenza alla flessione passiva, spasmi muscolari, ed un particolare tremore a scosse improvvise quando il paziente è mosso o fa movimenti volontari. Talora si ha retrazione, opistotono, e combinazione di sonnolenza con irritabilità o anche profondo stupore. È ovvio che uno o più di questi componenti possono mancare ma la cefalea ed il dolore al dorso ed agli arti sono costanti. La puntura lombare dà liquor iperteso, chiaro o leggermente opalescente, con contenuto cellulare del 30-40 fino a 2000 per cmc., con prevalenza dapprima di polimorfonucleari e poi di linfociti, aumento della globulina. All'esame del sangue si constata leucocitosi con prevalenza di polimorfonucleari.

Talvolta l'affezione si arresta a questa reazione subaracnoidea ed allora si ha la così detta forma meningea della malattia.

La malattia assume il suo decorso completo quando il virus raggiunge la sostanza grigia del tessuto nervoso centrale. In tal caso l'affezione assume una forma cerebrale, cerebellare, bulbopontina, spinale e secondo alcuni anche neuritica. La forma spinale è la più comune ed in essa le paralisi di varia estensione ed intensità compaiono improvvisamente ed in modo ancor più drammatico quando le due fasi precedenti sono passate inavvertite o non sono state riconosciute. Talvolta la paralisi iniziatasi in un gruppo muscolare si estende ad altri passando da arto ad arto, e fino a dare la paralisi respiratoria.

Non è il caso d'insistere sul quadro clinico delle paralisi in se stesse, ma meritano di essere ricordati alcuni aspetti che assumono i disturbi motori. Dei muscoli inizialmente colpiti la grande maggioranza è solo in parte paralizzata profondamente. Per modo che tali pazienti presentano apparentemente solo uno stato di lieve debolezza generale, che può essere scambiata con l'astenia che suole lasciare l'influenza o altra malattia febbrile. La debolezza stessa può essere transitoria, ma facendo l'esame completo della motilità e della reflettività si svela la vera natura del disturbo. In un altro gruppo di casi nei quali al principio le gambe sono profondamente o completamente paralizzate, si può avere per due o tre giorni ritenzione d'urina. In altri casi con

gravi ed estese lesioni midollari si possono avere anche alterazioni delle colonne antero-laterali della sostanza bianca con Babinski uni- o bilaterale.

Le paralisi sono frequentemente accompagnate da dolore. Si possono avere per qualche giorno dolori leggeri ai movimenti attivi e passivi, come dolori intensi e persistenti. È probabile che il dolore abbia un'importanza prognostica, nel senso che i muscoli dolenti alla pressione o ai movimenti sono quelli che più facilmente e rapidamente presentano segni di miglioramento e riacquistano maggior forza.

Da quanto è stato detto risulta che nel periodo preparalitico della poliomielite la diagnosi inizialmente è possibile solo quando sono presenti sintomi dell'invasione subaracnoidea, che per altro possono indirizzare verso una giusta diagnosi solo nei periodi epidemici.

Il trattamento della poliomielite varia nei due stati preparalitico e postparalitico.

Non appena è stata fatta la diagnosi della malattia nel periodo d'invasione subaracnoidea occorre procedere con la maggiore sollecitudine perchè rimane poco tempo innanzi che si stabiliscano le lesioni della sostanza midollare. Il medicamento più vantaggioso è l'urotropina somministrata in dosi generose insieme a sostanze alcaline. Anche se somministrata per bocca l'urotropina passa rapidamente nel liquido cefalo-rachidiano e si spiega così la sua azione sul virus della poliomielite.

È stato dimostrato che il siero di individui affetti o convalescenti di poliomielite contiene anticorpi. Si sono perciò fatti tentativi di cura con tale siero mediante iniezioni combinate subdurali ed endovenose o sottocutanee. Tale metodo ha dato qualche benefico risultato.

La puntura lombare ed il drenaggio vertebrale durante il periodo meningeo non hanno alcuna efficacia terapeutica.

Data la contagiosità della poliomielite occorre che i malati rimangano isolati almeno fino a tre settimane dopo la cessazione della febbre. Tutte le secrezioni, specie quelle del naso-faringe, devono essere disinfettate.

Durante l'ulteriore periodo della fase acuta, cioè fino a quando non è scomparso il dolore, non si deve prendere alcun'altra misura terapeutica, all'infuori del riposo e della prevenzione delle deformità. Il massaggio e l'elettricità sono assolutamente controindicati.

I muscoli paralizzati devono essere collocati per quanto più è possibile in posizione di riposo. Al riguardo sono stati suggeriti vari metodi di contenzione, ma sono da proscriversi tutti quelli che tengono ben fermi insieme i muscoli paralizzati e quelli indenni a tutto svantaggio di questi ultimi.

Passato il periodo di convalescenza si potranno iniziare le pratiche attive: esercizi di rieducazione, massaggi, applicazioni elettriche.

Per quel che riguarda quest'ultime non tutti sono d'accordo nella loro efficacia, ed alcuni le ritengono dannose.

Senza dubbio i massaggi sono più utili in quanto tendono a mantenere in buono stato di nutrizione i muscoli e di conservarli suscettibili a ricevere le eccitazioni dei neuroni in caso di eventuale loro rigenerazione. I massaggi sono sopra tutto indicati in caso di completa paralisi di parecchi gruppi muscolari per modo che è assolutamente impossibile ogni movimento attivo della parte colpita.

Ancora più efficaci, quantunque più difficili a praticare, sono gli esercizi attivi allo scopo di ottenere la rieducazione dei muscoli paralizzati. Per ogni paziente v'è uno schema di tali esercizi coordinati ai singoli muscoli ed al grado della loro debolezza. Utili indicazioni al riguardo si trovano nel libro di Lovett dal titolo *Treatment of Infatile Paralysis*. La rieducazione deve essere iniziata non appena il paziente è in grado di muoversi.

DR.

Il periodo preclinico della sifilide nervosa.

(PAUL RAVAUT. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, maggio 1927).

L'A., basandosi su numerose ricerche, praticate da più di 25 anni sul liquido cefalo-rachidiano dei sifilitici, potè stabilire, già nel 1914, che la maggior parte delle manifestazioni cliniche della sifilide nervosa sono precedute da una fase latente, che si può prolungare per molti anni, e che durante questo periodo, clinicamente muto, è possibile, con lo studio del liquido rachidiano, di mettere in evidenza, nella maggior parte dei casi, queste lesioni del sistema nervoso. Già nel 1914 l'A. descriveva questa fase preclinica della sifilide nervosa, iniziantesi con le prime lesioni vascolari, meningee o parenchimatose determinate dallo spirochete; periodo di una durata talora assai lunga, durante il quale gli organi affetti degenerano, si distruggono poco a poco, manifestando la loro sofferenza solo tardivamente. È allora che comincia il secondo periodo o fase clinica, durante la quale è clinicamente possibile la diagnosi della localizzazione nervosa.

Alla luce delle osservazioni già pubblicate dall'A. stesso e da altri, è fuori di dubbio che nella maggior parte delle manifestazioni nervose della

sifilide, i segni umorali precedono quelli clinici. È dunque possibile, mediante l'esame del liquido cefalo-rachidiano, di eseguire una vera biopsia che può, al momento giusto, illuminarci sullo stato del sistema nervoso e permettere di arrestare spesso nella loro evoluzione delle lesioni che, attaccate qualche anno più tardi, possono essere forse irreparabili. La realizzazione pratica di questa concezione urta però contro una difficoltà di ordine materiale. In effetti, è difficile ottenere che gl'infermi si sottopongano periodicamente alla puntura lombare, specie quando ogni segno clinico della malattia è assente. È dunque molto importante poter determinare il momento più opportuno per praticare questo esame.

L'A., dallo studio di un migliaio di osservazioni, è arrivato alla conclusione che le reazioni latenti della sifilide nervosa presentano il loro significato più grande alla fine del terzo anno di malattia. Egli consiglia perciò di praticare sistematicamente la puntura lombare in tale periodo. Per misura di precauzione, si potrà ripeterla fra il 4º ed il 10º anno; passato tale periodo, se la puntura è negativa, si può pensare che il malato ha grandi probabilità di non presentare in seguito manifestazioni nervose.

Naturalmente questi dati non sono assoluti e non devono impedire ad un sifilografo di esaminare il liquido rachidiano di un malato qualunque sia il periodo di malattia, se lo giudica utile.

TOSCANO.

VASI SANGUIGNI.

Patologia venosa.

Il sistema venoso periferico superficiale.

(G. DELATER e R. HUGEL. *Journal des praticiens*, 12 marzo 1927).

Le varici sono ectasie che si sviluppano in vene di medio o di grosso calibro, affette da ipotonia progressiva della loro tunica muscolare e, conseguentemente, da incontinenza delle loro valvole. Questa ipotonia precede di molti anni la comparsa delle varici, poichè, se i malati si sono osservati riferiscono che il loro primo disturbo è incominciato prima di qualsiasi ectasia, con sensazioni di pesantezza, aggravate, specialmente all'epoca del caldo e nella stazione erettta, da algie confuse, che coincidevano con periodi di turgescenza cilindrica delle loro vene e dalla generalizzazione all'insieme del sistema venoso di questi attacchi di dilatazione regolare. Le varici non sono dunque tutta la malattia venosa, ma soltanto un periodo ultimo, esso stesso evolutivo che procede per tappe; ad esse poi si devono ravvicinare molte altre manifestazioni.

Dal punto di vista anatomico e fisiologico, il sistema nervoso superficiale degli arti si schematizza in un'arborizzazione a tre piani. Uno solo di questi ha finora attratta l'attenzione ed è quello dei tronchi collettori che vanno nel tessuto connettivo lasso sottocutaneo e che diventano facilmente varicosi, non essendo sostenuti da nessun appoggio laterale contro l'effetto della gravità sul loro contenuto liquido e sulle loro pareti.

Ora, questi vasi raccolgono il sangue di altre vene piccole, provenienti dalla pelle e dai suoi annessi, dalle vene intradermiche. Gli strati densi del derma le sorreggono solidamente; esse si espandono a monte di anastomosi che fanno comunicare i tronchi sottocutanei con il sistema profondo e che, nella posizione verticale, fanno defluire verso questo le colonne sanguigne che ingombrano i collettori superficiali. Esse sono così meno esposte alla distensione e la loro fisiologia patologica differisce quindi da quella delle vene ipodermiche; non diventano varicose che per caso e si presentano allora sistematizzate a forma di pennello a monte di una comunicante non abbastanza permeabile per assicurare la derivazione del sangue in profondità. Queste piccole varici (varicule) intradermiche sono rare e non danno alcun disturbo.

Ancora più a monte, queste piccole vene drenano il sangue dalle venuzze infracapillari dei territorî sottoepidermici. La fisiologia di queste ultime sembra differire di molto da quella delle precedenti; esse obbediscono ad una coordinazione motrice delle loro fibre liscie, e si espandono in larghezza e non più secondo la lunghezza di un vaso. Le dilatazioni o le stenosi comprendono tutta una regione e contribuiscono a dare ai tessuti, forse sotto una qualche influenza arteriosa, le colorazioni cianotiche o sincopali dei disturbi vaso-motori.

Questa particolarità non sorprende quando si pensi che il sistema venoso superficiale non soltanto ha lo scopo di drenare il sangue verso il cuore, aiutando come può la rete profonda, ma esso deve soprattutto assicurare l'armonia circolatoria fra i territorî cutanei. Alla sua origine, questo sistema è una falda sanguigna distesa sotto le superfici epiteliali; da esso partono dei vasi che si allungano, traversando il derma e poi camminando sotto la pelle.

La diminuzione funzionale di queste venuzze, estesa a tutta la superficie di una regione, realizza la cianosi locale e si manifesta, di preferenza, sulle estremità degli arti, particolarmente sulle parti declivi, più esposte all'effetto della gravità. Questa cianosi, quando è temporanea e parossistica, dipende talora da semplici

perturbazioni vaso-motrici. Quando invece è permanente, come nella cianosi sopramalleolare ipostatica, essa implica un'atonia ed, alla lunga, un'atrofia delle fibre liscie delle venuzze e coincide spesso con altre manifestazioni della insufficienza venosa, quali le varici tronculari o piccole varici a pennello.

Le varici non rappresentano dunque tutta la patologia dell'idraulica venosa. Le diverse manifestazioni di questa sono invece dominate da un disturbo funzionale e poi anatomico. La meiopragia delle fibre liscie parietali di tutto il sistema venoso, che realizza una sindrome di « ingombro », soprattutto manifesta nella rete delle vene superficiali degli arti inferiori e che può esteriorizzarsi elettivamente sopra l'uno o l'altro dei tre piani.

Non è quindi giustificato secondo l'A. l'appellativo di malattia varicosa dato a questo difetto di tonicità della parete venosa, che è molto più ampio e vasto che non la manifestazione limitata e tardiva delle varici. Allo stesso modo si dovrebbe chiamare « malattia aneurismatica » l'aneurisma, il quale non è che un'ectasia arteriosa localizzata, termine di una lunga evoluzione di arterite. Così pure l'ectasia venosa è il termine di una malattia molto più lunga e vasta di quello che si potrebbe comprendere dalla denominazione di malattia varicosa, la quale escluderebbe l'inizio e le altre manifestazioni. Meglio corrisponde invece la denominazione di « insufficienza venosa progressiva ».

II. COMPLESSO ENDOCRINO-NEURO-VENOSO.

Se si attribuisce una parte di primo ordine alla distonia parietale, si è portati a riconoscere la sua relazione con un disturbo dell'influenza neuro-vegetativa e, quindi, del funzionamento delle ghiandole endocrine. Non è ancora possibile però connettere l'insufficienza venosa alla alterazione di un organo piuttosto che di un altro.

I fatti dimostrano però che l'uomo, più che la donna, presenta delle grosse lesioni varicose pure, che localizzano l'insufficienza soltanto sui collettori; sono invece eccezionali in esso quelle piccole varici a pennello e le cianosi sopra malleolari che sono tanto frequenti nella donna. Si presenta quindi l'ipotesi se il testicolo e l'ipofisi da un lato, e l'ovaio e la tiroide, dall'altro, entrino per qualche cosa in questa differenza. Ma non si può precisare nulla per ora; troppe sinergie imprecise complicano e mentiscono, in clinica, le sindromi tipiche dell'esperimento e rendono infinite le varietà dello squilibrio endocrino.

Pure riconoscendo (accanto ai rapporti già ammessi, fra le ghiandole endocrine e le fibre liscie delle arterie, del tubo digerente, dei canali escretori, ecc.), dei rapporti che uniscono le stesse ghiandole al muscolo venoso, in un complesso endocrino neuro-venoso, sarebbe ora prematuro precisare la ghiandola destinata a tale rapporto.

Si deve, quindi, in complesso ritenere che il sangue, nel suo ritorno verso il cuore, obbedisce a sollecitazioni che non sono ancora perfettamente conosciute. Lo studio delle sue alterazioni non deve essere limitato alla patogenesi delle varici, ma va esteso a tutte le sindromi di insufficienza venosa che, accanto ai capillari, prendono l'aspetto di semplici disturbi vaso-motori. Già forse si spiegano e si collegano fra loro avendo a comune l'ingombro delle venuzze, la cianosi locale del morbo di Raynaud, dell'edema blu di Charcot, delle acrocianosi, mentre una congestione attiva, delle arteriole, un apporto più ricco di sangue ossigenato caldo spiegano i rossori dei fenomeni infiammatori, dell'eritromelalgia, ecc. È opportuno conservare una vista d'insieme sui diversi piani funzionali del sistema venoso e sulle lontane e multiple connessioni endocrine, per arrivare un giorno a precisare la discriminazione e ad apprezzare al loro giusto valore le funzioni di una vena o di un reticolo venoso, qualunque si sia la loro posizione.

FILIPPINI.

La cura estetica delle varici.

(L. HUMBERT. *Revue médicale universelle*, marzo 1927).

La cura delle varici non deve prendere di mira soltanto l'elemento funzionale ma, specialmente nella donna con la moda attuale, non deve trascurare il risultato estetico il quale, con il metodo delle iniezioni flebo-sclerosanti, può essere compromesso per diverse cause.

Disastrosa dal punto di vista estetico è la formazione di *escara*, prodotta da una soluzione troppo concentrata o troppo abbondante o fatta fuori della vena. Per evitarla, oltre ad usare una tecnica corretta, si scarteranno per l'iniezione i piccoli tronchi venosi, soprattutto se non si ha una sufficiente esperienza delle difficoltà che si possono incontrare. Si deve tener presente che spesso la vena si contrae al momento dell'introduzione dell'ago e si trasforma in un cordone duro in cui è impossibile l'iniezione; in tal caso, si attenderà una diecina di minuti, dopo i quali lo spasmo si rilascia e si ha anzi una dilatazione. Anche questa, poi, può avere i suoi inconvenienti perchè, dal foro rimasto beante all'estrazione dell'ago, esce del sangue e determina un'ecchimosi, che è senza nessuna gravità, ma è molto visibile sotto la calza fine. Per impedirne

la formazione, si farà l'iniezione evitando di trafiggere la vena e ritirando poi l'ago d'un tratto, facendo subito una pressione sul punto in cui esso era entrato nella vena; sarà utile l'uso di una fascia di caucciù, larga 3-4 centimetri; si farà tenere la gamba elevata ai 50 centimetri sul piano del letto e, dopo 10-15 minuti, si leverà la fascia, applicando una piccola striscia di cerotto adesivo che si fa tenere per 1-2 ore.

Un inconveniente più durevole è la pigmentazione che può rimanere lungo le vene sclerosate; lo si evita con l'uso di soluzioni molto deboli specialmente all'inizio. Quando già si fosse formata, può attenuarsi esponendo la gamba al sole od ai raggi ultravioletti, ciò che produce una pigmentazione generale che fa scomparire il contrasto.

Anche le nodosità possono essere il risultato di iniezioni sclerosanti troppo forti. Si hanno talvolta delle dilatazioni ampollari che, mantenute con una calza elastica ben fatta, specialmente se si muniscono al mattino, prima di ogni movimento fuori del letto, con un largo anello di caucciù, si appiattiscono e rimangono invisibili. Le iniezioni sclerosanti possono trasformare tali dilatazioni in nodi duri, enormi ed impossibili a dissimularsi e spesso dolorosi per un tempo più o meno lungo.

Quando può applicarsi, si preferirà la cura lenta, incominciando, p. es., con un'iniezione di 10 cmc. di soluzione di salicilato di sodio al 5 %, fatta a poca distanza dal grosso nodo venoso da sclerosare, che sarà preventivamente ridotto al minimo volume innalzando la gamba per qualche minuto. Si applicherà quindi un largo anello di gomma, fatto in modo da modellarsi sulla gamba, in modo da ridurre il più che sia possibile il tumore venoso ed impedire la sclerosi del tronco principale. Uno o due giorni dopo, si ripete l'operazione e si continuerà così gradatamente in modo da evitare ogni reazione violenta, pure aumentando la concentrazione del liquido iniettato. Importante è di non lasciare mai la gamba senza sostegno, mantenendo la fascia anche la notte, se ve n'è bisogno, in modo da impedire che le dilatazioni venose tornino a rigonfiarsi.

Tale metodo lento è consigliabile ed utile anche per le sequele di flebite e per le grosse gambe molli accompagnate da rigonfiamento dei polpacci e delle caviglie. Specialmente per le sequele di flebite sono poi molto utili le fascie gommate di Unna.

La cura rapida si inspirerà agli stessi principi: trattare un pacchetto venoso dopo che è stato svuotato il meglio possibile e prevenire una nuova dilatazione durante e dopo l'iniezione destinata a dare la sclerosi immediata. Si fa sgonfiare dapprima la gamba, mediante il riposo di 1-2 giorni in letto e si fa poi l'iniezione di 6-8 cmc. di soluzione di salicilato di sodio al 15-20 %. Si applica un tampone di cotone vaselinato sul pacchetto venoso, per facilitare la compressione esercitata dalle fascie che si mettono in modo da assicurare una contenzione perfetta. L'ideale della cura sarebbe di poter tenere il malato in letto per otto giorni; in tal caso, sarebbe superflua ogni fasciatura. L'A. preferisce in questi casi le fascie di Unna, applicate qualche giorno prima del trattamento e tenute per otto giorni dopo; con l'uso di esse, si può adottare una concentrazione maggiore della soluzione da iniettare. Le fascie si riapplicano se lo sgonfiamento della gamba indica una contenzione insufficiente. In questo modo, la pigmentazione e le nodosità sono ridotte al minimo ed il dolore è quasi nullo.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

P. CASTELLINO. *La costituzione individuale e la personalità* (Lezioni). Idelson, Napoli, 1927.

Dobbiamo esser grati al dott. Corsonello di aver raccolte e di averci fatto conoscere, divulgandole, queste lezioni tenute dal suo Maestro il prof. Pietro Castellino. Conoscitore profondo ed appassionato dei più importanti ed intimi problemi della costituzione il prof. Castellino, che rappresenta notoriamente uno dei più insigni pionieri e rappresentanti della Scuola Costituzionale Italiana derivante da Achille De Giovanni, ha dettato lezioni che suscitano grande interesse sia per la materia svolta, sia perchè in esse vengono poste continuamente in luce vivida l'indirizzo geniale segnato nella Medicina Clinica dal De Giovanni ed il contributo portato dalla Scuola Italiana agli studi sulla Costituzione.

Costituzionalista morfologo nel senso naturalistico del De Giovanni e cioè essenzialmente eclettico e non esclusivista come quello di alcune scuole puramente costituzionalistiche-funzionali, il Castellino sviluppa magistralmente in queste lezioni, attraenti anche nella forma forgiatasi nel calore e nella passione dell'A. per gli argomenti trattati, questa idea animatrice dell'indirizzo costituzionalistico da lui segnato.

Notizie storiche veramente preziose sullo svolgimento del pensiero costituzionalistico dalla più remota antichità ad oggi rendono l'opera ancora più istruttiva ed attraente.

Il dott. Corsonello ha aggiunto alla fine una

---

(1) **Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.**

serie di aforismi del Castellino sulla Costituzione ed un elenco delle pubblicazioni fatte dalla Scuola del Castellino sulla Costituzione.

Numerose fotografie sui tipi morfologici più importanti ed uno schema della metodica dell'esame antropometrico seguìto dalla Scuola del Castellino arricchiscono questa pubblicazione accuratamente edita dall'Idelson di Napoli.

Un altro illustre pioniere della Scuola Costituzionalistica Italiana, il prof. G. Viola, ha dettato per il libro una prefazione che è fonte di godimento e di ammaestramenti per il lettore.

Noi auguriamo a questo libro denso di cultura e di insegnamenti tutta la fortuna che merita.

D. MASELLI.

Ergebnisse der gesamten Medizin. Bd. IX, 1-2. Urban e Schwarzenberg, 1926. Mk. 27.

Nel presente fascicolo, presentato come tutti i precedenti in ottima veste tipografica, sono riunite le seguenti monografie:

L'encefalite epidemica nell'infanzia, studio clinico completo, con le acquisizioni più recenti sull'interessante argomento; *I rapporti delle malattie dell'iride e del corpo ciliare con le malattie generali; Le malattie del sangue leucopeniche febbrili; Le tonsilliti croniche e la loro cura*, con ampia trattazione delle indicazioni e delle modalità terapeutiche e delle eventuali complicazioni; *L'importanza clinica e terapeutica del sistema nervoso vegetativo, nel passato e nel presente*, con numerosi riferimenti alla letteratura; *Il parto col forcipe*, studio teorico-pratico dell'argomento con illustrazioni esplicative; *La peritonite cronica e gli ispessimenti peritoneali*, con accenni particolari alle compartecipazioni flogistiche al processo di tutti gli organi addominali; *Le malattie sifilitiche degli occhi*, esposizione chiara ed esauriente, illustrata da belle figure e tavole. Chiude il fascicolo un lavoro accurato sull'*Angina pectoris*, della quale si sostiene il valore come malattia a sè, corredandola con 500 citazioni bibliografiche, tra le quali non è però dato trovarne una recente di autore italiano

M. FABERI.

PRUVOST P. *Tuberculose pulmonaire. Tuberculose des Séreuses.* Vol. in-16° di 448 pag. con 33 fig. e 16 tavole fuori testo. G. Doin. Paris 1927. Prezzo: Frs. 30.

Porre una diagnosi esatta, stabilire le indicazioni generali del trattamento, realizzare i metodi che convengono, tali sono le tappe che ogni medico deve percorrere per ben consigliare un tubercoloso.

Questi sono i tre grandi capitoli di questo volume dove è indicato non solo tutto ciò che può aiutare il malato a guarire, ma anche tutto il male che un trattamento non bene appropriato è capace di provocare. Il trattamento medicamentoso dovrà sempre cedere il passo ai due grandi mezzi terapeutici: la cura igienico-dietetica e la collassoterapia (pneumotorace in particolare) e tanto l'uno che l'altro sono dettagliatamente descritti, unitamente a schemi e a figure illustrative.

La seconda parte è dedicata alle forme cliniche, alle complicazioni, ai vari sintomi, e per ogni caso vi sono adatti consigli.

L'A. termina infine col riassumere numerosi documenti utili per il ricovero dei tubercolosi, indicando anche, riuniti in tabelle, gli ospedali, le case di cura, i sanatori che meglio rispondono a tale scopo.

A. POZZI.

CANTONNET P. *Traitement curatif de l'asthme.* N. Maloine. Paris, 1927, pag. 95.

L'A. senza pretendere di aver trovato metodi nuovi di cura, dopo brevi cenni di fisiopatologia dell'affezione che noi chiamiamo asma, espone nel libriccino del Maloine, quella tecnica della terapia antiasmatica che da 20 anni applicata gli dà quasi costantemente felice risultato. Non si tratta dunque di enunciazione di rimedi o di specifici nuovi, ma di speciale ed originale organamento delle varie sostanze comunemente usate, e troppo spesso senza criterio indicate al paziente, quale lo iodio peptone, gli stock vaccini, il cloruro di calcio, ecc., applicate tipo per tipo di asma.

Vengono esaminate dall'A. anche le vie di attacco: intramuscolare, nasale, intratracheale; ma l'attenzione maggiore è portata sullo studio ed alla modificazione del *terreno* sul quale ogni asma si sviluppa.

Il pratico troverà nella breve monografia una utile guida nel trattamento di una malattia che costituisce moltissime volte una vera *spina* pel medico, se anche non converrà in tutto nelle idee espresse dal Cantonnet.

MONTELEONE.

Congressi della Società Italiana di Medicina Interna - XXXII Congresso (Padova, 25-28 ottobre 1926). Due volumi in-4° (1° vol. pag. xx-230: 2° vol. 148). Roma, 1927. Casa Editrice Luigi Pozzi. L. 60.

Per deliberato del Consiglio direttivo della Società, quest'anno il volume degli Atti del XXXII Congresso è stato diviso in due parti: una contenente i resoconti delle sedute e le Comunicazioni, l'altra le relazioni ufficiali.

In tal modo mentre la prima parte viene a rispecchiare tutto il movimento scientifico italia-

no, e facile ne è la ricerca perchè le varie comunicazioni sono raggruppate secondo grandi divisioni, la seconda parte contiene dapprima la relazione in comune con la chirurgia « Sulla cura chirurgica della tbc. polmonare », dei proff. Galdi e Leotta, ove i relatori esaminando, l'uno dal punto di vista medico, l'altro da quello chirurgico, i vari processi operativi oggi in uso nella cura della tbc. polmonare, ne discutono il loro valore e la loro applicazione a seconda dei casi

Il prof. V. Maragliano, cui era affidata la parte radiologica dello stesso tema, nell'esaminare i vari metodi, mette sopratutto in evidenza l'importanza della radiologia per giudicare degli esiti della toracoplastica e della frenicotomia.

Segue poi l'altra relazione « La cura dell'angina di petto » dei proff. Castellino e Pontano riuscita anch'essa di eccezionale interesse per la competenza dei relatori, e per il notevole contributo personale, frutto della loro esperienza, che i relatori hanno potuto apportarvi.

In complesso i due volumi fotografano lo stato della medicina in Italia e i medici che vogliono mantenersi al corrente dei progressi che la medicina compie, non dovrebbero esimersi dal provvedersene.

I volumi contengono inoltre un indice analitico completo, adatto ad orientarsi rapidamente nella vasta e molteplice materia. E così mercè l'assidua cura del Consiglio Direttivo e la diligente redazione del delegato della stampa, prof. Sabatini, le pubblicazioni della Società di Medicina Interna appaiono con regolarità e perfezione. A questo risultato contribuisce validamente la potente organizzazione libraria della Casa Editrice Pozzi.

R. B.

MEDICINA SOCIALE.

La visita ed il certificato prematrimoniale.

La quistione ha superato i confini della pura discussione dottrinale ed investe le modalità pratiche dell'intervento sanitario nell'accertamento delle condizioni di salute di coloro che si accingono ad essere i procreatori di nuovi esseri umani.

In genere si è d'accordo nell'ammettere che non si può più essere agnostici e indifferenti in fatto di eugenica, e che la collettività, a mezzo dell'o Stato, ha il diritto ed il dovere di tutelare l'integrità fisica e morale della razza, oltre che con la cura e la prevenzione delle malattie, cercando d'impedire o quanto meno limitare la produzione di individui comunque tarati.

Ma la controversia comincia là quando si discutono i mezzi atti a raggiungere questo scopo.

I più austeri eugenisti affermano che per migliorare sicuramente la prole, occorre limitare la medesima: bisogna sacrificare la quantità alla qualità. Ma le tendenze del mondo moderno non si accordano con questa norma eugenica. Per esigenze militari ed industriali tutte le nazioni eccitano ad una maggiore produzione di uomini.

La legislazione fascista tende a contemperare queste necessità nazionali con la difesa fisica e psichica della razza. Non senza ragione il Capo del Governo ha dedicato buona parte del suo ultimo discorso alle condizioni sanitarie del paese ed agli intendimenti di procedere con un complesso organico di provvedimenti. Per la prima volta nel Parlamento italiano la sanità pubblica è stata considerata adeguatamente alla sua importanza.

Sarebbe certo tempestivo che in questo fervore di opere sanitarie avesse il suo posto anche la quistione della profilassi della procreazione, che oggi si appunta nell'accertamento dell'idoneità degli sposi a produrre una prole sana e vigorosa.

Non è il caso di ripetere che l'impostazione di un tale problema non è suggerita solo da sentimenti di pietà, ma dalla necessità stessa di ridurre il numero di coloro che sono un inutile ingombro ed un peso per la nazione.

E neppure è il caso di dissimularsi che alla limpida giustezza di un così nobile e proficuo fine non corrisponde un'esatta indicazione di mezzi atti a raggiungerlo.

La visita ed il certificato prematrimoniale che molti ritengono indispensabile, presenta inconvenienti di ordine pratico ed urta tradizioni e preconcetti non facilmente superabili.

Di ciò è prova la resistenza che s'incontra nei poteri pubblici di molte nazioni civili a sancire

leggi in tal senso, e la divergenza dei provvedimenti adottati dagli Stati che hanno già legiferato al riguardo. Nè va trascurato che alcuni paesi non hanno affatto applicato o hanno modificato tali leggi.

Il Brasile inserì nel suo Codice Civile un articolo che istituiva la *censura matrimoniale medica*, ma quest'articolo non è più in vigore.

Alcuni Stati degli Stati Uniti d'America hanno di già attenuato di molto le rispettive legislazioni eugeniche.

Nei paesi scandinavi, dove la legislazione matrimoniale in fatto di accertamenti sanitari è la più risoluta e la più rigorosa, si è di già manifestato un movimento contrario.

La Svezia con la legge 11 novembre 1915 impose il certificato d'idoneità al matrimonio, che è inibito agli individui affetti da alienazione mentale, da epilessia o da malattie veneree nel periodo contagioso. La legge fissa anche le cause assolute o relative di annullamento di matrimonio, che può essere pronunziato come sanzione contro lo sposo convinto di falsa dichiarazione ed a profitto del congiunto che ne è stato vittima.

La Norvegia ha promulgato una legge analoga, che rende obbligatorio ugualmente il certificato d'idoneità. I candidati al matrimonio devono rispondere al seguente quistionario: 1) Esistono tra voi ed il vostro futuro congiunto legami di parentela? 2) Vi siete sposato precedentemente, e, in caso affermativo, con chi? 3) Avete avuto figli extramatrimonio? 4) Siete affetto da sifilide nel periodo contagioso, o da altra malattia venerea pure allo stato contagioso, da epilessia o da lebbra? Le false dichiarazioni sono punite con il carcere fino a 2 anni.

I princìpi su i quali si fonda la legge adottata dalla Danimarca il 30 giugno 1922, sono analoghi ai precedenti. Essa è particolarmente severa dal punto di vista delle malattie veneree e delle responsabilità di chi contagia l'altro congiunto. Il certificato d'idoneità al matrimonio in caso di malattia venerea deve indicare la natura dell'affezione, la data d'inizio, l'ospedale o il medico curante, le ultime manifestazioni, il trattamento seguìto e la fine della cura. L'ufficiale dello Stato Civile non può celebrare il matrimonio se non viene presentato il detto certificato con data non anteriore a 14 giorni a quella della funzione ed attestante che l'eventuale affezione venerea non costituisce pericolo di contagio o di trasmissione alla discendenza.

La legislazione Scandinava fa intervenire il medico solo per registrare le dichiarazioni dei futuri congiunti relative al loro stato di salute. Queste dichiarazioni, fatte con giuramento, hanno in effetti lo scopo di destare il sentimento della responsabilità sessuale.

La Turchia nel suo fervore di rinnovamento ha imitato, in fatto di legislazione nuziale, le nazioni più civili fino agli ultimi progressi, non senza qualche aggiunta di... colore locale. I candidati al matrimonio sarebbero sottoposti ad un vero e proprio accertamento medico e gli esaminati, per evitare le sostituzioni, sarebbero bollati con un marchio indelebile sul polso sinistro.

Negli altri paesi il movimento per l'intervento medico nei matrimoni si diffonde e si accentua sempre più, non senza incontrare ostacoli e resistenze. In genere i Governi sembrano restii ad introdurre nella legislazione sanzioni che potrebbero diminuire il numero dei matrimoni, favorire le unioni illegittime, che urterebbero contro idee e sentimenti inveterati, quali il senso della libertà individuale ed il segreto professionale, o che comunque importerebbero un ingombro burocratico.

I provvedimenti suggeriti dagli studiosi sono di varia indole: visita obbligatoria da parte di un medico indicato dall'ufficio di Stato Civile, visita di un qualsiasi medico scelto dai fidanzati, scambio da parte dei fidanzati di dichiarazioni sul rispettivo stato di salute, libera consultazione medica da parte dei fidanzati prima del matrimonio.

Avversari più decisi e numerosi e molto perplessi ha la istituzione della visita medica prematrimoniale da parte di medici designati dall'autorità. Si obbietta che essa più di ogni altro sistema si presta all'inganno, perchè è fuori del verosimile che due individui già decisi ad unirsi in matrimonio espongano sinceramente le loro condizioni, i loro precedenti individuali e familiari. Il medico fiscale sarà quindi costretto a pronunziarsi prescindendo da ogni dato anamnestico, da ogni elemento subiettivo, e ognun sa quanto sia difficile una clinica di tal genere. D'altra parte occorrerebbero impianti e personale, la cui spesa ed il cui esercizio non sarebbero alla portata di tutti gli uffici di Stato Civile. Nè va trascurata l'obbiezione che un tale sistema più che ogni altro favorirebbe le unioni illegittime.

Il certificato rilasciato da un medico scelto dai fidanzati, a parte l'efficacia indiretta, non presenta alcun elemento di garanzia e costituirebbe un serio imbarazzo per i medici. Oramai l'esperienza ha largamente dimostrato che in fatto di certificati i medici sono di una longanimità spesso colposa. Vero è che la responsabilità morale del medico in materia tanto importante sarebbe ben diversa da quella che può esser in giuoco quando si tratta di attestazioni tendenti a fare ottenere sia pure ingiustamente indennizzi, esoneri, licenze e simili. Ma in fatto di concorrenza c'è da temere il peggio. La posizione del medico

in tali situazioni sarebbe delle più imbarazzanti, egli sarebbe combattuto dai suoi obblighi morali da una parte ed il segreto professionale dall'altra, senza dire di altri elementi psicologici e materiali che potrebbero far tentennare la sua coscienza.

Più serietà e maggior successo, minori inconvenienti offrono certamente le misure più liberali come quelle che prescrivono lo scambio da parte dei candidati al matrimonio di dichiarazioni sul loro stato di salute o di una dichiarazione di avere consultato un medico, senza farne il nome, e di essere stati riconosciuti sani.

È ovvio che tali misure dovrebbero essere integrate da un'attiva propaganda intesa a dimostrare i danni dell'unione fra individui fisicamente o psichicamente tarati.

Una legge troppo tassativa, troppo rigorosa, che richieda l'intervento diretto dello Stato negli accertamenti o che comunque cerchi di precisare le cause morbose che rendono non praticabile l'unione matrimoniale, potrebbe avere serie conseguenze pratiche.

Non dobbiamo dissimularci che tutte le forme d'intervento sanitario nel matrimonio risentono gli inconvenienti derivanti dal fatto che l'ereditarietà morbosa non poggia su basi sicure. Si sa che alcune malattie sono ereditarie e di alcune si conoscono anche le leggi della trasmissibilità. Ma è pur vero che si tratta di malattie non molto comuni e che rappresentano una non alta percentuale di tutta la patologia umana. Di alcune malattie come l'epilessia, che si ritenevano sicuramente ereditarie si discute oggi se sono veramente trasmissibili. Per quel che riguarda la tubercolosi si discute ancora se i genitori trasmettono alla prole il germe o la predisposizione, o se invece i figli di tubercolotici diventano tali esclusivamente per effetto di contagio derivante dalla coabitazione con i genitori infetti. Se si eccettua quindi la sifilide in atto ed in periodo di contagio, che può esser trasmessa all'altro coniuge ed alla prole, per la generalità delle altre malattie la capacità di trasmissione ha solo elementi di presunzione ma non di certezza. Certo per alcuni casi, forse per molti, questa presunzione raggiunge la certezza, ma si tratta sempre di casi che si prestano ancora alla discussione. Sarebbe anche utile che tutte le forme di malattie in atto, tutte le forme di debolezze e deficienze costituzionali sconsigliassero il matrimonio, ma è conveniente che in tali casi il divieto al matrimonio non venga imposto, ma solo consigliato e che i fidanzati in base al consiglio scegliessero essi stessi la via da seguire.

Si tratta di materia ancora incerta, controversa, che di sicuro non ha finora che soli principi generali, e che pertanto non si presta a criteri univoci, a norme categoriche e tanto meno a sanzioni.

Quest'elemento accoppiato all'altro delle difficoltà degli accertamenti rende inconsigliabile la visita prematrimoniale obbligatoria da parte di medici fiscali.

L'esibizione di un certificato di un medico scelto dai fidanzati non dà alcuna garanzia effettiva per le ragioni già dette e non avrebbe che una efficacia indiretta nel senso di diffondere nel popolo la coscienza eugenica.

Ma tale scopo si raggiunge forse meglio con la pratica dello scambio della dichiarazione di salute da parte dei fidanzati con formule generiche, ma comprendenti sia lo stato di salute attuale, come gli antecedenti individuali e familiari.

Tale dichiarazione potrebbe essere fatta su appositi moduli, sui quali potrebbero essere inseriti chiare istruzioni ed opportuni consigli. I candidati potrebbero essere così avvertiti dei pericoli, dei danni che la malattia di uno di essi può causare all'altro ed alla prole. Si potrebbe così far presente che lo stato di debolezza o di malattia di uno degli sposi produce un aumento dei bisogni, riduce le gioie dell'esistenza, si riverbera con uno stato di miseria e di tristezza per tutta la famiglia e per tutta l'esistenza; che la stessa malattia o debolezza può essere trasmessa nella stessa forma o più grave ai figli peggiorando così ancor più la già misera condizione. Da ciò la necessità che lo stato di salute dei due candidati al matrimonio sia rispettivamente presa in considerazione per lo meno alla stessa stregua delle loro condizioni economiche. Aggiungere che procreando in istato di malattia e quindi producendo figli malati, si commette un delitto più grave di quello che si produce provocando in altre persone malattie o lesioni di qualsiasi genere. Si dovrebbe infine consigliare di consultare un medico prima del matrimonio per avere la tranquillità di avere assolto al riguardo tutto il proprio dovere.

La legislazione eugenica, almeno nei suoi primi passi, non deve essere minacciosa ed ingombrante; non deve aver l'aria di una sanzione ma di un consiglio per la felicità stessa dei futuri sposi, non deve costituire un fastidio imperioso ma un atto di premura.

Essa deve tendere, e solo così si accosterà agli scopi che persegue, a destare nel popolo la consapevolezza dei danni che possono derivare ai procreatori stessi da una prole debole o malata, il senso della responsabilità verso la futura famiglia, verso la nazione, verso la razza.

G. DRAGOTTI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 28 gennaio 1927.

Di una singolare lesione della rotula.

Prof. BOBBIO. — Riferisce su una lesione traumatica del ginocchio, che a sette mesi di distanza dal trauma si presentava con la sintomatologia di una grave lesione dell'apparato legamentoso del ginocchio. Radiologicamente si notava la scomparsa della rótula ridotta a pochi nuclei ossei, irregolarmente sparsi in un vistoso ematoma del tendine rotuleo. All'intervento si constatava un assorbimento della maggior parte della rotula, di cui non rimaneva in sito che l'opercolo articolare cartilagineo. Fu operata di plastica tendinea, abbassando un lembo scolpito nel tendine del quadricipite a cerniera inferiore e applicandolo sulla rotella residua articolare della rotula e suturandolo al legamento rotuleo.

L'O. ritiene che dal trauma la p. abbia riportato la frattura frontale della rotula, il cui frammento anteriore più grosso, forse diviso in altri frammenti è andato incontro ad un assorbimento asettico e quindi alla sua totale scomparsa. La p., già pochi mesi dopo l'operazione ha una ripresa della funzione dell'articolazione che si può dire normale.

Ricerche sull'epoca della comparsa e sulla sede degli abbozzi di grasso primario e secondario nel feto umano. (Nota preventiva).

G. C. DOGLIOTTI (Studente in Med. e Chir.). — Ha studiato istologicamente del tessuto adipogeno in feti e neonati umani di varia età, prelevandolo da varie regioni del corpo.

Nel connettivo sottocutaneo, nel cavo ascellare, nel cavo ischio-rettale, nell'orbita il tessuto grasso proviene direttamente dai fibroblasti (formazione primària del grasso) verso il quinto mese di vita intra-uterina. A quest'epoca compaiono nel protoplasma dei fibroblasti, le prime gocciole di grasso, che tendono tosto a confluire in un'unica goccia, la quale respinge successivamente il plasma e il nucleo alla periferia.

Nel tessuto perirenale, nel corpo adiposo di Bichat, nel tessuto perifaringeo ha riscontrato che l'adipe deriva da abbozzi specifici (formazione secondaria del grasso) che compaiono anch'essi verso il quinto mese di vita endouterina e che sono costituiti da lobuli irregolari per forma e per grandezza, circondati da tessuto connettivo collagene, formati da cellule tonde o poligonali, con grande nucleo vescicoloso centrale o leggermente eccentrico.

Ha riscontrato la presenza di abbozzi specifici anche in feti in condizione di particolare denutrizione.

Si riserva di fare ulteriori ricerche per confermare ed interpretare questi fatti.

Seduta del 4 febbraio 1927.

Resezione totale del mascellare superiore con anestesia del ganglio di Gasser.

Prof. DOGLIOTTI. — Premesse le critiche che si fanno alla narcosi generale negli interventi demolitori e ricostruttori della faccia, espone la tecnica da lui seguita per l'anestesia del ganglio di Gasser.

Si introduce l'ago 3 cm. sotto l'arcata zigomatica, 2 cm. avanti al trago, dopo aver invitato il p. ad aprire al massimo la bocca aiutandolo anche con un apri-bocca; si spinge in profondità l'ago con forte inclinazione verso l'alto, finchè si arriva, scivolando immediatamente sopra la incisura sigmoidea della mandibola sin. contro la faccia infer. della grande ala dell'osso sfenoide. A questo punto si ritira l'ago di qualche mm., si diminuisce gradatamente di qualche poco la inclinazione dell'ago verso l'alto e lo si spingerà in profondità: quando non si incontrerà più una resistenza ossea si è arrivati al foro ovale: a questo punto si procederà colla massima cautela e per non più di 1 cm., 1 cm. e mezzo. In qualche caso quando l'incisione chirurgica raggiunge la linea mediana è conveniente bloccare anche le vie nervose del lato opposto.

Sopra due osservazioni di anastomosi spino-facciale per paralisi traumatica del n. facciale.

Dott. ANTONIOLI. — I nervi su cui venne fatta fino a poco fa l'anastomosi col facciale, furono l'accessorio e l'ipoglosso, mentre ESCAT e VIELA la praticarono anche sul nervo masseterino.

L'O. riferisce sui risultati ottenuti in due casi operati dal prof. SERAFINI, di anastomosi fra la branca esterna dello spinale ed il facciale; in ambedue i casi l'anastomosi nervosa ha chiaramente attecchito: essa è stata insufficiente a far scomparire la paralisi, ma l'ha modificata in lieve paresi. Dal punto di vista estetico, il risultato è quasi completo. D'altra parte, se anche il risultato funzionale non è arrivato al completo ripristino della motilità volontaria, essa è più che soddisfacente per giudicare questo intervento come « estetico e logico ».

Due condizioni occorrono a tale intervento: 1) che il caso sia grave ed inemendabile; 2) che il p. abbia una tenace e intelligente educazione della volontà perchè possa giungere alla dissociazione dei movimenti sinergici.

Dei 2 operati uno data da 16 anni, l'altro da 20 mesi.

Seduta del 4 marzo 1927.

Rilievi clinico statistici sui punti dolorosi dell'appendicite.

Prof. BOBBIO. — Premesse nozioni generali sui punti dolorosi dell'appendicite e cioè sui punti di Mac-Burney, Murro o Sonnenburg. Morris, Lanz, Clado, Jalaguier, Lejars e sui segni dolorosi provocati a distanza e che portano il nome di Rowsing, Blumberg, Bastedo, Aaron, l'O. ha

ricercato in 100 casi sistematicamente i predetti segni; ha constatato che nel periodo acuto oltre agli altri sintomi clinici, il punto di Mac-Burney è presente nel 100 % dei casi, quello di Lanz nell'80 %, di Morris nel 50 %, di Rowsing nell'80 %, di Blumberg nel 40 %. Nelle appendiciti a freddo, il punto di Mac-Burney è presente nell'80 % dei casi, quello di Lanz nel 54 %, di Morris nel 45 %, di Aaron nel 16 %.

Nelle appendiciti croniche i 3 punti importanti per ordine di frequenza sono il Mac-Burney, il Morris ed il Lanz.

Il vero punto appendicolare resta quindi il punto di Mac-Burney.

Dimostrazione di uno strumentario completo per la trasfusione di sangue puro.

Prof. DOGLIOTTI. — Allo scopo di rendere molto pratica la trasfusione di sangue, presenta una cassetta contenente tre tubi di vetro paraffinati, della capacità di 200 cc. con apertura superiore molto ampia, che si può chiudere con un tappo smerigliato al quale si adatta un doppio pallone di gomma per pressione; l'estremità inferiore del tubo termina con un beccuccio smerigliato che si chiude con un piccolo tappo smerigliato e che si adatta anche agli aghi del ricevitore. A quest'apparecchio sono uniti: gli aghi cannula per il donatore e per il ricevente, tubetti di paraffina sterile da 20 gr., una vaschetta di vetro in cui si versa olio di vasellina e vi si sterilizzano gli aghi a bagno maria; un emodiagnostico dell'I.S.M. per la determinazione dei gruppi sanguigni. La cassetta è fornita dalla ditta G. Spinelli di Torino, via Mazzini 2.

Tiroidismo giovanile.

BALP. — Dalle visite fatte a 228,525 alunni delle scuole primarie delle provincie di Cuneo, Torino, Bergamo, Novara risulta che il tiroidismo è uguale per frequenza nei due sessi e che ad un caso di gozzo corrispondono 4 casi di gola grossa e 12 forme lievi. I coscritti riformati per gozzo sono in numero minore che quello degli scolari colpiti da gozzo.

Per la mortalità per gozzo rileva che essa è superiore nei maschi fino al 15° anno di età, poi predomina il sesso femminile; per l'ipertiroidismo vi sono invece per ogni morto maschio 4 morti femmine.

L'ipotiroidismo è in aumento nei maschi e nelle femmine in questi ultimi anni, l'ipertiroidismo, dopo la guerra è in aumento nelle femmine; ritiene però che questo aumento sia fittizio.

In merito alla eziologia è del parere che non abbia valore l'ipotesi della carenza di iodio, sopratutto perchè non è mai stata dimostrata per la provincia di Torino, nè per quella di Aosta.

Ritiene che il gozzismo sia dovuto ad un germe vivente od alle sue tossine e che sia utile dare preparati opoterapici tiroidei, cioccolatini iodati, e che non sia per ora il caso di somministrare obbligatoriamente sale iodato, in attesa che le Commissioni di studio, istituite in altre nazioni, abbiano dato il loro parere definitivo.

Dott. VILLATA.

R. Accademia Medica di Genova.

Seduta del 4 febbraio 1927.

Presidenza: prof. G. MASINI, vice-pres.

Illustrazione di un caso di tumore midollare operato.

Prof. S. RICCA. — L'O. presenta un caso di tumore extra midollare intradurale (endotelioma psomatoso) della regione dorsale superiore, operato dal prof. LUSENA all'Ospedale Civile di Sampierdarena. L'a. presentava una grave paraplegia sensitivo-motoria; attualmente è molto migliorata. L'O. si sofferma ad illustrare la sintomatologia e accenna infine alle notevoli capacità reintegrative del midollo, quando la sindrome di paraplegia da compressione, per quanto intensa, non sia di troppo lunga durata.

Pleuriti interlobo-mediastiniche.

Prof. A. GISMONDI. — L'O., dopo aver dato un quadro esatto della sintomatologia di detta lesione, conclude che queste pleuriti interlobo-mediastiniche o mediastino-interlobari come più comunemente sono denominate dai radiologi, sono quasi sempre espressione di una localizzazione di una infezione tubercolare; egli crede che nella Clinica Infantile la loro frequenza sia molto probabilmente assai maggiore di quanto abitualmente non si ritenga, purchè si sappia ricercarle, sia coll'esame fisico, sia coll'esplorazione radiologica.

Note di tecnica pielografica.

Dott. FRANCO GIONGO. — Considerati i danni ed i pericoli inerenti ai metodi finora usati nell'introdurre nelle cavità renali mezzi di contrasto a scopo pielografico, l'O. propugna il controllo radioscopico del riempimento come artifizio atto ad eliminare qualsiasi inconveniente, e a favorire le migliori prese radiografiche.

Colle dovute cautele e controindicazioni la pielografia può praticarsi anche ambulatoriamente.

Usa l'ioduro di sodio, e propone una nuova presa *sagittale* del rene con direzione dei raggi secondo un piano frontale dell'organo.

I vantaggi della pieloscopia.

RAFFO. — La pieloscopia costituisce metodo semplice ed innocuo il quale non solo sostituisce ed integra tutti i metodi di valutazione della capacità pielica, ma studia a fondo le funzioni motorie dell'apparato pielo-ureterale.

Inoltre chiarisce le relazioni fra cavità del rene, neoformazioni, ed organi vicini.

Consente l'esame dell'uretere senza particolari accorgimenti di tecnica, permette di scegliere il momento e l'orientazione migliore per la presa dei documenti radiografici.

Da ultimo chiarisce diagnosi dubbie ed aspetti pielografici falsi, come l'O. comprova sulla scorta di esempi nei quali la pieloscopia ha fornito utili indicazioni diagnostiche, prognostiche e terapeutiche.

S.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO

CASISTICA.

Estesa perforazione dell'appendice provocata da un voluminoso calcolo sviluppatosi intorno ad un ago.

Non sono frequenti i reperti di corpi estranei nell'appendice.

Métraux (*Revue Méd.*, marzo 1927) cita il caso di una donna di 23 anni inviatagli in ospedale con diagnosi di appendicite cronica, e con una storia di coliche addominali da due anni, delle quali l'ultima violenta, con vomito e febbre. Questa paziente presentava alla palpazione della regione ileo-cecale un piastrone, assai dolente, duro, arrotondato.

All'operazione si trovò un'appendice perforata e, incuneato nella perforazione, un voluminoso calcolo stercoraceo a forma di pera, con il picciuolo costituito da un ago, fortemente corroso e ossidato. Inoltre, una salpinge e un ovaio di destra ingranditi e infiammati. L'apice dell'appendice era fissa, aderente al peritoneo parietale in corrispondenza della fossetta inguinale esterna, ad un diverticolo della vescica situato nella stessa regione, ed al legamento rotondo dell'utero. Annessectomia. Appendicectomia. Guarigione per primam.

L'interesse del caso oltre che nella lunga durata della malattia, senza sintomi decisivi per la diagnosi, sino all'ultimo attacco, che con ogni probabilità coincise con la perforazione dell'appendice dovuta all'ago, sta anche nell'innocuità relativa del processo, dovuta alle difese peritoneali stabilitesi in due anni, e nella situazione dell'appendice in vicinanza di una delle più comuni porte erniarie.

GARRONE.

L'appendicite malarica.

Che la malaria, come qualsiasi infezione microbica generale, sia in grado di determinare l'insorgenza di un'appendicite non è nozione ammessa.

Nella letteratura, sull'argomento, si trova scritto qua e là, che talora l'accesso malarico può simulare una colica appendicolare; nel qual caso, cioè, ha un andamento singolare e può, anche, non esser accompagnato dal plasmodio nel sangue.

Le ultime epidemie di malaria, che hanno serpeggiato a Krasnodar, offrirono a S. Demjanow (*Centralbl. f. Bakt. Orig.*, vol. 100, n. 7-8, pag. 348) del materiale sufficientemente dimostrativo per poter sostenere la reale esistenza di un'appendicite connessa e dipendente dall'infezione malarica in atto.

La colica appendicolare malarica avrebbe la solita fisionomia clinica dell'appendicite, associata, ben s'intende, agli altri sintomi comuni della malaria.

La colica può esser unica, come può mostrarsi, a ripetizione, ad ogni accesso febbrile.

L'A. basa la sua diagnosi clinica sulla comparsa della colica unitamente all'accesso malarico e sulla sua scomparsa definitiva con il trattamento chininico.

In un caso, di colica a ripetizione, venne asportata l'appendice; nei successivi accessi la colica non si rinnovò.

Oltre a ciò, l'A. adduce a favore di essa l'esistenza di speciali trombi di pigmento malarico nei capillari della mucosa, della sottomucosa e della muscolare del processo vermiforme; questi trombi, messi in evidenza da Nischibitzki (in un'appendice tolta da un individuo morto di perniciosa), sarebbero la causa dell'attacco colico appendicolare.

In quasi tutti i casi osservati (6 su 7), il decorso fu benigno, essendo stato bene influenzato dalla chinina.

PERGHER.

L'appendicite malarica non esiste. L'accesso malarico può accompagnarsi con una sindrome che simula l'appendicite, *ma non provoca alcuna alterazione flogistica. Il quadro morboso termina con la febbre e dopo la chinina. La malaria simula la colica appendicolare.* (N. della R.).

Occlusione intestinale da cause alimentari.

Fra i corpi estranei che più frequentemente provocano occlusioni intestinali, sono da citarsi i noccioli di ciliege, di cui, nei casi di Eichorst e Groebelt, se ne trovarono un migliaio.

Bunzel ha osservato in prigionieri russi degli accidenti di ileo paralitico, consecutivi all'ingestione di fagiuoli secchi, ma si trattava probabilmente di intossicazione piuttosto che di ostruzione meccanica.

Hertz ha riferito un caso di occlusione del tenue per due fichi secchi.

Haselhorst (*Z. Blatt f. Chirurgie*, 19 giugno 1926) riporta due osservazioni del genere. Uno di occlusione intestinale da causa indeterminata in una donna di 63 anni; all'operazione, si trova nel tenue, a 15 cm. a monte del cieco un fico fortemente rigonfiato che ostruiva il lume intestinale. Ablazione per enterostomia; morte al 4° giorno.

Il secondo caso riguarda un uomo entrato all'ospedale con segni di occlusione, nel quale si trovò la quasi totalità dell'ileo riempita da un ammasso di fette di mele e di pere, mescolate a piselli, il tutto fortemente rigonfiato dai liquidi intestinali. L'ablazione di queste masse fu impossibile e si richiuse quindi l'intestino. Un purgante e dei clisteri portarono la guarigione.

fil.

TERAPIA.

Azione della digitale.

Withering per primo dettò alcune nozioni sulle proprietà terapeutiche della digitale; ma è da credere che essa fosse già adoperata da tempo come sedativo del cuore.

Innumerevoli studi e osservazioni di tutti i generi hanno ormai ben fissato i varii punti che si riferiscono al complesso meccanismo di azione del farmaco. Traube ebbe la visione della doppia azione della digitale, esplicantesi da una parte sul cuore direttamente, dall'altra sul vago. Tale visione ha avuto recentemente piena conferma.

N. Castellino (*Riv. Ital. di Ter.*, 1927, n. 2) esamina separatamente i due ordini di fenomeni, cardiaci e vagali.

Si conosce ormai a fondo la struttura dell'apparato specifico di conduzione che sostiene il potere automatico del cuore (nodo seno-atriale, nodo di Tawara, fascio di His, fascio di Fredericq-Bachmann). La proprietà di questo apparato è quella di dar luogo alla formazione di stimoli e di condurli. Tale formazione e conduzione può subire degli spostamenti e delle variazioni di punto di partenza secondo le alterazioni anatomiche o funzionali del cuore (eterotopia dello stimolo). Questa eterotopia può essere appunto effetto della digitale, più accentuata nei vagotonici. In essi piccole dosi di digitale sono già bastevoli a causare spostamenti dello stimolo, per depressione del nodo seno-atriale, con diminuzione della frequenza dei battiti (contrariamente a quanto avviene con l'adrenalina, la quale causa invece una eterotopia di origine simpatica per eccitazione del nodo atrio-ventricolare, con aumento della frequenza dei battiti).

Questa azione della digitale pare si esplichi attraverso il vago di destra, mentre attraverso il vago di sinistra si esplicherebbe l'azione dromotropa negativa (o di trasmissione dello stimolo). Si aggiunga che l'azione della digitale sull'eterotopia o sul dromotropismo negativo varia nei varii stati costituzionali e anche in stati tossici o post-infettivi dell'organismo.

Altra azione della digitale è quella batmotropa negativa (diminuzione della eccitabilità del miocardio). Ecco perchè in tempi trascorsi questo farmaco ha potuto esser chiamato l'oppio del cuore e perchè giova in alcune malattie infettive (es. polmonite lobare) in cui le tossine microbiche esaltano lo stato di eccitabilità della fibra cardiaca.

La somministrazione della digitale, nei casi sfavorevoli che non risentono beneficamente della sua azione, può far comparire un bigeminismo cardiaco, che non è che una forma extrasistolica dell'alterazione del ritmo e che è dannoso se aggiunto alla mancata influenza della digitale sulla contrattilità, perchè porta alla dilatazione acuta del cuore.

L'azione digitalica sulla contrattilità del cuore (azione inotropa positiva) fu interpretata come l'effetto di un maggior periodo diastolico, cioè di una fase più lunga di anabolismo restauratore; ma è da ritenersi che la digitale agisca inoltre direttamente sulla fibra cardiaca, al di fuori di qualunque intervento del vago, come lo prova il fatto che l'eccitazione di questo nervo provoca invece una diminuzione della forza del cuore.

Non si può ammettere, come vogliono alcuni, che la vasocostrizione provocata dalla digitale sia la causa dell'aumento della forza del cuore ammalato cui si crea invece un ostacolo, contrariamente a quanto avviene nel cuore sano.

L'azione della digitale sul tono cardiaco è data dal fatto che il farmaco favorisce l'espansione attiva, tonica, delle fibre del ventricolo, e una costrizione tonica di quelle dell'orecchietta e pare che ciò avvenga attraverso al vago.

Un'azione vaso-costrittiva della digitale è da ammettersi e questo spiega, ma solo in parte, l'aumento della pressione sanguigna che segue alla sua somministrazione; per spiegare l'altra parte del fenomeno bisogna ricorrere allo studio dell'azione inotropa positiva e tonotropa.

L'azione vaso-costrittiva pare si esplichi direttamente sulle pareti dei vasi, poichè perdura anche dopo la distruzione sperimentale del midollo spinale. Solo i vasi renali, cutanei e cerebrali si dilatano sotto l'azione della digitale.

In quanto all'azione diuretica della digitale, non è da ammettersi che il farmaco abbia una azione diretta sull'epitelio dei tubuli contorti, ma che il fenomeno sia bensì l'effetto del riordinamento della circolazione dato dalla maggior potenza del cuore e della dilatazione dei vasi renali.

GARRONE.

Fibrillazione e chinidina.

La morte per sincope è dovuta alla fibrillazione ventricolare. Un disturbo del metabolismo di una parte del ventricolo in conseguenza di stenosi delle coronarie è spesso la causa effettiva della fibrillazione e della morte.

La chinidina realizza un paradosso terapeutico, in quanto che essa guarisce spesso la fibrillazione, pure rendendo più cattivo il metabolismo auricolare. L'attività del medicamento dipende soprattutto dalla durata del periodo refrattario delle orecchiette che battono normalmente. Uno stato metabolico buono ed una fase refrattaria breve sono favorevoli.

La fibrillazione ventricolare può ugualmente

essere provocata da un'eccitazione di origine intraventricolare, che si inizia subito dopo il periodo refrattario. Se poi il fascio di His è bloccato, i ventricoli sono molto esposti alla fibrillazione.

Dal punto di vista pratico, S. De Boer (*Arch. mal. du coeur*, ecc., marzo 1927) raccomanda di non continuare a prescrivere la chinidina dopo di avere, con essa, ristabilito il ritmo, allo scopo di non nuocere al metabolismo del muscolo.

Evitare altresì la somministrazione di chinidina se esiste fibrillazione accompagnata da dissociazione auricolo-ventricolare, che dia degli elettrogrammi ventricolari di origine atipica.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Le recenti ricerche di laboratorio e la concezione clinica della tubercolosi.

Si tratta di una relazione letta da S. Lyle Cummins nell'ultima riunione dell'Associazione contro la tubercolosi in Manchester (rif. in *Brit. Med. Journ.*, aprile 1927).

L'A. mette prima in rilievo la differenza che esiste tra il pleiomorfismo della tubercolosi umana e l'uniformità di quella animale. Negli animali da laboratorio, infatti, si osserva la forma che può chiamarsi « naturale », analoga a quella dei fanciulli e delle razze primitive, cioè la generalizzazione della malattia, con morte rapida.

La localizzazione polmonare degli individui adulti potrebbe, in contrapposto a questa, essere indicata come forma « modificata ».

Il comportamento alla tubercolina dimostrerebbe che la tubercolosi naturale è caratteristica dei gruppi di età e di razza non allergiche, mentre quella modificata è caratteristica dei gruppi allergici, essendo appunto l'allergia il fattore modificante.

L'A. ha poi affrontato tre questioni riguardanti la tubercolosi polmonare ancora insolute, esaminandole sulla base dei più recenti esperimenti di laboratorio.

Le sue conclusioni sono le seguenti:

1) la tubercolosi polmonare è dovuta ad un risvegliarsi di una infezione pregressa, ma esistono anche forti argomenti per ritenere la possibilità di una reinfezione;

2) l'infezione può avvenire tanto attraverso il tubo alimentare, quanto attraverso alle vie aeree;

3) la maggior frequenza delle lesioni apicali è in rapporto alla maggiore ledibilità di tale zona polmonare, e al più facile bloccaggio delle vie linfatiche dell'apice, come potè dimostrare l'A. in gruppi di minatori che lavoravano tra la silice.

M. FABERI.

Le forme non acido-resistenti del bacillo tubercolare.

J. Reenstierna (*Arch. Inst. Pasteur de Tunis* e *Presse médicale*, 26 marzo 1927) ha osservato nelle brodo-colture del bacillo tubercolare delle forme non acido-resistenti sotto l'aspetto di cocchi rassomiglianti a cellule di lievito. Nei preparati esse si vedono mescolate con bacilli granulosi, alcuni acido-, altri non acido-resistenti e con granuli in ammassi ed in catenelle. Le forme coccacee si ottengono anche partendo dal sangue dei tubercolosi. Qualunque sia la loro provenienza, esse danno la reazione del complemento con il siero di tubercolotici e non la danno con sieri di normali.

L'inoculazione delle forme coccacee in animali non produce la tubercolosi; alcuni animali però muoiono cachettici; altri hanno presentato lesioni che sembrano stadî pretubercolari. La cutireazione praticata con i cocchi su malati di tubercolosi è negativa.

I cocchi forse non sono altro che dei granuli tubercolari o dei granuli di Much; l'A. ritiene che essi siano dei veri gonidii di un fungo di cui il bacillo tubercolare è una forma frammentaria. Sono per lo più saprofiti banali, ma può darsi che in condizioni eccezionali diventino patogeni. L'A. ha preparato con essi un siero che agirebbe bene in certe forme tubercolari cutanee, ghiandolari, oculari.

È interessante proseguire le ricerche in questo senso, specialmente sulle forme piccolissime (polvere) che traversano i filtri e la placenta (eredità tubercolare, tipi di tubercolosi cutanea senza bacilli).

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

La cura delle acroparestesie. — All'abb. n. 2690.

L'etiologia e la patogenesi delle acroparestesie è oscura; conseguentemente la terapia non ha un indirizzo sicuro. Sono stati suggeriti e praticati i soliti mezzi tonico-ricostituenti e opoterapici (ovaio, surrenale, tiroide), ma con scarso risultato. Per sedare la sensazione molesta si adoperano i soliti calmanti e le cure fisiche locali (idroterapia fredda, massaggi, bagni idroelettrici) Vero è che il disturbo suole scomparire spontaneamente, tanto più che esso per lo più si ha nel periodo della menopausa e cessa con questo

DR

Al dott. da Villa, Venezia:

1) Centro chimico militare, Roma (via Marsala).

2) Rivolgersi alla Direzione del Centro.

C.

VARIA.

Fenomeni di sessualità nei batteri.

Si ammette generalmente che le cellule batteriche siano sessualmente indifferenziate e che l'eventuale copulazione avvenga fra cellule in cui i nostri mezzi d'indagine non riescono a cogliere delle differenze. Le ricerche di alcuni autori tendono invece ora non solo a mettere in rilievo tali differenze, ma anche a riconoscere una vera selezione sessuale sostanzialmente non diversa da quella degli animali superiori.

Dalle cellule sessualmente indifferenziate (il gonite) si sviluppa quella maschile (lo spermite) e quella femminile (l'oite). Il processo di differenziazione, per il vibrione colerico in acqua peptonata, si compie in 5-6 ore. Primo a svilupparsi è lo spermite, caratterizzato dal suo lungo e potente flagello, che si attacca alla testa (per lo più di forma rotonda, ma anche talora ovale) la quale è costituita dal solo nucleo, senza rivestimento di citoplasma. L'oite è invece formato da una sfera, più o meno grossa, di citoplasma, il nucleo, accollato alla parte, fa protrudere questa in un punto, dando così l'apparenza di un capezzolo, in mezzo al quale si trova il flagello, molto breve e debole. Per riconoscere tali particolari, è necessario usare la fucsina carbolica molto diluita (1/10), colorando soltanto per pochi secondi.

In una coltura di vibrione colerico di 5-7 ore, si possono così vedere, fra le sfere più grosse e poco mobili degli oiti, le piccole teste degli spermiti in vivacissimi movimenti e sorprendere la scelta sessuale. Con l'osservazione di un singolo spermite, si vede che esso sospinge dinanzi a sè un oite, il quale, indietreggiando, compie dei movimenti di arco attorno ad un asse ideale che lo traversi dal nucleo al lato opposto. Lo spermite gira attorno all'oite con un movimento circolare e lo urta nel polo opposto al nucleo; tali assiduità dello spermite possono continuare a lungo. Gli oiti, che non si trovano così sollecitati dagli spermiti, hanno movimenti lenti ed insignificanti e non indietreggiano mai.

Fenomeni analoghi descrive Günther Enderlein (1) anche per le forme batteriche (evito qui la complicata nomenclatura dell'autore). Lo spermite compie, per un certo tempo, i suoi movimenti attorno ad un batterio, lo urta più volte, poi se ne allontana per ripeterli attorno ad un altro; quando finalmente s'imbatte in un oite, si comporta diversamente, ostinandosi a girargli attorno e ad urtarlo, specialmente nel polo opposto all'inserzione del flagello; si riposa talora per brevi istanti, od anche per un minuto e ritorna alla carica.

Tali fenomeni non sono che il preludio della copula. Ad un dato momento, dopo l'urto che lo spermite dà all'oite nel polo opposto all'inserzione del flagello, lo spermite, invece di allontanarsi nuovamente, si attacca strettamente all'oite, facendo anche talora dei forti movimenti vibratorii, dopo i quali, si vede che l'oite tende a dilatarsi, per assumere come una forma ovale. Ne segue allora l'unione dello spermite con l'oite, la penetrazione del nucleo del primo nel citoplasma del secondo e da ultimo la congiunzione dei nuclei.

Quanto vi sia di fantasia nella interpretazione un po' antropomorfica di queste osservazioni che esigono una pazienza illimitata, non è dato decidere; ad ogni modo, è certo che senza fantasia non può esservi progresso scientifico. Sembra che sia anzitutto da escludere che i complicati movimenti siano da interpretarsi in base a forze d'attrazione puramente meccaniche; basterebbe a dimostrarlo il fatto che una spermite talora scappa via da un oite che gli è vicino per andare a cercarsene uno lontano. Può sorgere il dubbio che si tratti di chemiotassi; comunque questa potrebbe essere ammessa nel senso di un vero adescamento; noi avremmo così ripetuto il fenomeno sessuale nelle identiche forme, dagli animali superiori, alle infime e più semplici forme di vita.

FILIPPINI.

(1) *Bakterien-Cyclogenie.* N. de Gruyter, Berlin-Leipzig.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Per la riforma degli studi di Medicina.

Il Ministero della P. I. ha inviato a tutte le Facoltà Mediche d'Italia il seguente questionario:

1. In quale modo nell'ordinamento degli studi di medicina e chirurgia possa meglio conciliarsi l'indirizzo scientifico con la preparazione professionale.

2. Se sia opportuno distinguere il corso di medicina e chirurgia in corso preparatorio e corso di applicazione clinica.

3. In quanti anni si debbano compiere gli studi di medicina e chirurgia.

Qualora si ritenga che il corso debba essere distinto in due periodi, quanti anni siano da assegnare agli studi preparatorî e quanti a quelli di applicazione clinica.

4. Se, compiuto l'intiero corso di studi, debba richiedersi per l'ammissione all'esame professionale di Stato, un periodo di pratica nelle cliniche e negli ospedali.

5. Come debba essere regolato questo periodo di pratica per garantirne la serietà.

6. Se la laurea dottorale debba essere conferita al termine degli studi, o dopo l'esame professionale, ovvero dipendentemente da questo, in seguito ad un ulteriore corso di studi.

7. Quale ordinamento si debba, eventualmente, dare a questo ulteriore corso di studi e quale ne debba essere la durata.

8. Se gli insegnamenti debbano essere distinti in obbligatorî e facoltativi, e, nel caso affermativo, quali di essi debbano essere classificati nella prima categoria e quali nella seconda.

9. Se e quali insegnamenti debbano essere impartiti per più di un anno scolastico.

Se e quali insegnamenti possano essere impartiti in un periodo di tempo inferiore all'anno scolastico.

10. Se possano raggrupparsi, ai fini degli esami di profitto, alcune discipline e quali.

11. Se convenga riunire in un unico istituto discipline affini e connesse, allo scopo di assicurare unicità di indirizzo nell'insegnamento.

12. Se debba istituirsi obbligatoriamente il vincolo di aver superato gli esami dell'anno precedente per l'iscrizione al successivo anno in corso.

13. Se per il passaggio dal corso preparatorio a quello di applicazione clinica debba richiedersi uno speciale esame.

14. Quale estensione debba avere l'insegnamento delle cliniche speciali.

15. Quale ordinamento sia opportuno dare al corso di perfezionamento per specialisti.

16. Se convenga limitare le iscrizioni degli studenti in relazione ai mezzi didattici di cui ogni Facoltà dispone.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUI (*Alessandria*). *Ospedale Civile.* — Primario medico e medico radiologo. Scad. 30 lug. Scrivere Segreteria Ospedale per condizioni e conoscenza documenti richiesti.

CAIAZZO (*Caserta*). — A tutto il 31 lug.; L. 7000 e 5 quadr. dec., oltre L. 2400 cav.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15; serv. entro 20 gg.

CALCIO (*Bergamo*). — Kmq. 15.47; ab. 4057; pov. c. 1000; L. 6000 (*sic*) e 5 quinq. dec.; L. 2000 trasp.; L. 700 uff. san.; L. 500 Ospedale Zanoncelli; scad. ore 17 del 30 ag.; tassa L. 50.10; accettaz. entro 8 giorni.

CARRARA. *Congregazione di Carità.* — Medico primario del Civico Ospedale; al 31 ag.; punti esami di laurea; docum. a 2 mesi (*sic*) dal 25 giu.; nom. e conferma biennali; L. 10,200; triennio 5 % sullo stip. base; serv. entro 15 gg. Titoli ed eventualm. esami. Chiedere annunzio.

Chirurgo primario; stesse condizioni.

CASTROPIGNANO (*Campobasso*). — Scad. 30 lug.; età lim. 45 a. al 31 maggio.

CESENA (*Forlì*). Scad. 31 lug.; L. 10,000 e bienni, c.-v., L. 3000 trasp.; età lim. 40 a.

ENDENNA (*Bergamo*). — Consor. 6 com.; scad. 31 ag.; L. 9000, oltre L. 3000 cav., L. 700 uff. san., c.-v.; tassa L. 50.15.

FAENZA. *Congreg. di Carità.* — A tutto il 15 ag. Aiuto chirurgo presso l'Osped. Civ.; L. 7000, c.-v., eventuale supplemento; età mass. 35 a.; tassa L. 50. Docum. a 3 mesi dal 4 lug. Nom. biennale. Chiedere annunzio.

FRATTEROSA (*Pesaro*). — A tutto 31 lug.; L. 8000 e 10 bienni ventes.; addiz. L. 2 da 501 a 1000 pov.; L. 3 oltre; p. cav. L. 3000; uff. san. L. 500; riconoscim. 8 anni; età lim. 40 a.; tassa L. 50.20. Docum. a 3 mesi dal 1° lug. Il Comune si riserva la facoltà di proroga o di non procedere alla nomina di alcuno.

GIRGENTI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Canicattì; scad. 15 ag.; vedi fasc. 28.

MONTEFORTINO (*Ascoli Pic.*). — A tutto 31 lug.; L. 8500 e 5 quadr. dec., L. 500 indenn. laurea, L. 1000 indenn. forese, L. 500 provvis. uff. san., L. 2700 obbl. cav.; tassa L. 50.15. Ab. 2810; altit. 636 m.; ospedale. Docum. a 3 mesi dal 30 giugno.

MUSSOMELI (*Caltanissetta*). — Direttore dell'Ambulatorio Antitracomatoso; età mass. 35 a. Scad. 30 giorni dal 25 giugno.

NICOSIA (*Castrogiovanni*). — Per Villadoro; ab. 1041; L. 10,000 e 4 quinq. dec.; età lim. 45 a. Scad. 8 agosto.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Assist. effett.; al 31 lug., ore 18; L. 5000; 2 bienni decimo (subordinatam. a conferma); stanza con obbligo di pernottarvi; medaglie L. 30 servizio accettaz. e pronto socc.; età mass. 30 a.; tassa L. 50.10 alla Tesoreria; docum. a 3 mesi dal 1° luglio; serv. entro 20 gg. Docum. alla Segreteria.

PALMANOVA (*Udine*). — Al 31 lug.; v. fasc. 28.

PERSICETO (*Bologna*). — Al 15 ag.; v. fasc. 28.

PIETRAMELARA (*Napoli*). — A tutto 31 luglio; L. 7000 e 5 quadrienni; tassa L. 50.15 intestando al Comune.

PIEVE DI CADORE (*Belluno*). — A tutto 15 ag.; ab. 4189; alt. 870 m.; 5 centri congiunti da 5 km. di comode strade; villeggiatura; L. 8000 per 1000 pov.; L. 1000-2000-3500 trasp.; L. 500 uff. san.; tassa L. 50.10.

POGGIO RUSCO (*Mantova*). — Chirurgo consorzio 3 com.; scad. 31 lug.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15 al tesoriere del consor.; L. 8000, oltre L. 2400 c.-v., L. 4000 p. automobile obblig.; alloggio grat.

RADICONDOLI (*Siena*). — Scad. 25 lug., per Belforte; L. 8000, oltre L. 2286 c.-v.; 6 quadr. dec.; L. 500-3000 trasp.; età lim. 45 a.

ROBBIATE (*Como*). — Consor.; proroga a tutto 31 luglio.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti*. — Due assistenti in oculistica; due in oto-rino-laring.; sette del Gabinetto radiolog.; tre ai Laboratorî patologici; ne saranno assunti subito rispettivam. 1, 1, 5 e 2; gli altri a misura che si verifichi vacanza dei posti. Scad. ore 16 del 30 luglio. Età lim. 30 a. Tassa L. 50. Stip. L. 4500 e c.-v. Chiedere annunzio.

ROSSANO (*Cosenza*). *Ospedale Civile Nicola Giannettasio*. — Direttore chirurgo primario e tre medici chirurghi ordinarî; vedi fasc. 26. Scad. 31 luglio.

S. COSTANTINO ALBANESE (*Matera*). — A tutto 28 lug.; vedi fasc. 27.

TARQUINIA (*Roma*). — Proroga a tutto 24 ag. Da escludersi i diplomi rilasciati con la dichiarazione « ha valore accademico ». Per la cura degli abbienti tariffa dell'Ordine approvata dalla Prefettura.

Medici capaci di scrivere in forma facile e brillante, desiderosi di collaborare ad una rivista di educazione e propaganda igienica, sono pregati di scrivere a « Salute e Igiene », via XX Settembre, 98-E - Roma (30).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il Senato Accademico dell'Università di Edimburgo ha decretato il conferimento della laurea *honoris causa* al nostro direttore, prof. Vittorio Ascoli, in riconoscimento dei suoi meriti scientifici e clinici. La cerimonia avrà luogo il 20 luglio.

Il prof. Mario Donati, di clinica chirurgica a Padova, è stato chiamato e trasferito a Torino.

Sono nominati in esito a concorso i proff.: Gianni Petragnani, d'igiene e batteriologia a Cagliari; Sabato Visco, di fisiologia a Sassari; Gennaro Morone, di patologia chirurgica a Pavia.

Il prof. Carlo Ceni, di clinica neuropsichiatrica, è nominato preside della Facoltà medica di Cagliari.

NOTIZIE DIVERSE.

Il XXIII Congresso della Società Italiana di Laringologia, Rinologia e Otologia.

Avrà luogo in Parma, nei giorni 22-24 ottobre. I titoli delle comunicazioni scientifiche dovranno pervenire alla Presidenza (Ospedale Civile di Venezia) non oltre il 31 agosto.

Per i documenti di viaggio a prezzo ridotto e per la prenotazione degli alloggi rivolgersi al prof. F. Lasagna, Clinica Otoiatrica - Parma.

Congresso Internazionale di Dermatologia e Sifilografia.

Il prof. Haward Fox, direttore della cattedra di Dermatologia dell'Università di New York, ha iniziato l'organizzazione di un Congresso Internazionale di Dermatologia e Sifilografia, da riunirsi in detta città durante il mese di sett. 1928.

Provvedimenti per la lotta contro il cancro.

La « Gazz. Uffic. » pubblica il seguente R. decreto-legge 16 giugno 1927, n. 1016, con il quale la disposizione di cui alla lettera *a*) dell'art. 1 del R. decreto-legge 23 luglio 1926, n. 1427, modificato dal R. decreto-legge 13 gennaio 1927, n. 82, è sostituita dalla seguente:

a) la somma di L. 2,500,000 da erogarsi in sussidi ai Comuni, alle Provincie, alle Istituzioni pubbliche di beneficenza, ai Consorzi od altri Enti per favorire l'impianto ed il funzionamento di centri di accertamento diagnostico-terapeutico, per il cancro e i tumori maligni in genere, nonchè per l'acquisto di radio da destinarsi in dotazione al Laboratorio fisico della sanità pubblica ufficio del radio.

Lega Italiana per la lotta contro il cancro.

Con R. D. n. 114, pubblicato nella « Gazz. Uff. » n. 51, 1927, la Lega italiana per la lotta contro il cancro, con sede in Roma, viene eretta in Ente morale e ne è approvato il relativo Statuto.

L'opera pro maternità ed infanzia per le Colonie marine e montane.

L'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia nel decorso mese di giugno, oltre i due milioni versati per le colonie marine e montane, ha sovvenzionato ottantadue istituti di assistenza per madri e fanciulli con la somma di L. 945,500.

Le più notevoli sovvenzioni nelle provincie furono: Aquila: L. 50,000 alla Sala di Maternità — Napoli: L. 50,000 all'Asilo Tropeano; L. 30,000 all'Asilo « Regina Margherita »; L. 25,000 all'Istituto « Principe di Napoli » per giovani ciechi — Cagliari: L. 30,000 all'Istituto del Buon Pastore — Firenze: Villa Camerata L. 28,000 alla Colonia permanente per i figli tubercolotici — Perugia: L. 25,000 all'Orfanotrofio maschile e L. 25,000 alla Colonia profilattica antitubercolare — Torino:

L. 25,000 all'Ospedale infantile « Regina Margherita » — Bologna: L. 25,000 all'Ospizio per i bimbi rachitici « Enrichetta Trentini » e L. 25,000 all'Asilo bambini lattanti — Sondrio: L. 25,000 alla Pia Casa fanciulle abbandonate.

Corsi per medici condotti.

Un corso pratico pei medici condotti verrà tenuto nel prossimo ottobre presso l'Ospedale Maggiore di Milano (via Ospedale 5). È organizzato, sotto molti aspetti, come i numerosi corsi analoghi tenuti anni or sono, pure nell'Ospedale Maggiore, per iniziativa dell'Associazione dei Medici Ospitalieri e degli Istituti Clinici. Si propone lo scopo di dare al medico condotto, nel breve spazio di un mese, la possibilità di rinfrescare le proprie cognizioni cliniche e di laboratorio e, utilizzando l'enorme materiale medico e chirurgico dell'Ospedale, di presentargli molti casi, opportunamente scelti e studiati, di dargli un'idea dei più moderni metodi della terapia ecc. Caratteristica del corso sarà essenzialmente la pratica.

Il corso durerà dal 1° al 31 ottobre 1927. L'iscrizione verrà chiusa il 30 settembre. Verrà rilasciato, a corso ultimato, un attestato di iscrizione e di frequenza (versamento L. 10) a coloro che avranno con regolarità seguito i corsi d'insegnamento pratico.

L'iscrizione viene fatta d'ufficio al pervenire di vaglia di L. 100 intestato alla Direzione Medica dell'Ospedale Maggiore, via Ospedale 5.

Le domande vanno inoltrate alla Direzione dell'Ospedale Maggiore, cui può richiedersi anche il programma.

Corso di Ortopedia.

Si terrà a Berk Plage (Pas de Calais) sotto la direzione del dott. Calot, a partire dal 1° agosto e per la durata di una settimana, un corso sull'ortopedia indispensabile ai medici pratici, per medici e studenti di qualsiasi nazionalità; tassa d'iscrizione fr. 150. Il numero dei posti è limitato. Rivolgersi al dott. Fouchet, Clinique Calot, quai d'Orsay 69, Paris, ovvero all'Istituto Calot, Berck-Plage (P.-de-C.).

Consiglio nazionale delle ricerche.

Con R. D.-L. n. 638, pubblicato nella « Gazz. Uff. », n. 107, 1927, è stato deciso il riordinamento del Consiglio nazionale delle ricerche, perchè possa meglio rispondere agli alti suoi fini. Detto Consiglio ha lo scopo: di coordinare le attività nazionali nei vari rami della scienza e delle sue applicazioni anche nell'interesse della economia generale del Paese e a tal fine mantenersi in contatto con i diversi enti statali per tutte le questioni relative alle ricerche scientifiche ed alle loro applicazioni pratiche; di proporre al Governo di istituire o trasformare laboratorî scientifici per ricerche genèrali o speciali; di fornire, a richiesta degli enti statali, informazioni e pareri su determinati argomenti; di curare la bibliografia scientifica tecnica italiana; di provvedere perchè all'estero sia adeguatamente conosciuta l'attività scientifica e tecnica italiana; di proporre la concessione di borse di studio all'interno e all'estero.

Tra i vari Comitati, che fanno parte di detto Consiglio nazionale, ve n'è anche uno biologico ed uno medico; il fondo stabilito per il funzionamento di esso è ora di L. 500,000.

La direzione delle Accademie e Biblioteche incaricata degli scambi internazionali.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato, su proposta del ministro della P. I. on. Fedele, uno schema di decreto con il quale la Direzione generale delle Accademie e Biblioteche è incaricata del servizio degli scambi internazionali istituito con la convenzione di Bruxelles del 1886. Per tal modo l'Ufficio degli scambi, che funzionava presso la Biblioteca Vittorio Emanuele II di Roma, è passato col 1° luglio alle dipendenze della predetta Direzione generale, che, in armonia con le direttive adottate dalla Lega delle Nazioni a Ginevra, sarà la sede naturale della Sezione italiana dell'Istituto internazionale per la cooperazione intellettuale.

L'Istituto Italo-Brasiliano per l'alta cultura.

Questo Istituto, fondato in S. Paulo del Brasile, ha pubblicato il suo Statuto e relativo Regolamento.

L'Istituto si propone di: *a*) provvedere ad un regolare scambio di studiosi veramente notevoli, che tengano brevi corsi di lezioni e conferenze; *b*) favorire sempre più la reciproca conoscenza della lingua; *c*) promuovere iniziative che abbiano per scopo la diffusione della cultura letteraria, artistica, scientifica dei due Paesi; *d*) coordinare e sviluppare quelle già esistenti; *e*) vigilare gli scambi culturali dei due Paesi.

L'Istituto, sotto la presidenza onoraria tenuta dal Segretario degli Interni dello Stato di S. Paulo e dal R. Console Generale d'Italia in S. Paulo, ha due categorie di soci: fondatori (onorari, benemeriti e contribuenti) ed effettivi. Ha un consiglio direttivo composto di 13 membri, 5 scelti fra i soci fondatori ed 8 fra i soci effettivi. Presidente del Consiglio direttivo è attualmente il prof. dott. Alfonso Bovero.

L'Istituto si appoggia, per l'azione da svolgere, ad Istituti superiori e si vale dell'opera e del consiglio di illustri personalità scelte nel campo dell'alta cultura.

Una serie apprezzatissima di conferenze è già stata tenuta dal prof. Arturo Farinelli dell'Università di Torino. In agosto un'altra serie di conferenze sarà tenuta dal prof. Giovanni Mingazzini dell'Università di Roma, il quale si recherà pure a Rio. In ottobre o nella primavera del 1928, è assicurato il turno del prof. Corrado Gini dell'Università di Roma.

La scelta è fatta esclusivamente di pura iniziativa del Consiglio direttivo brasiliano per quelli che devono recarsi al Brasile; sono quindi inutili le offerte.

Per l'Istituto di Patologia Generale di Genova.

Con testamento trasmesso al Rettore della R. Università di Genova, dal Console italiano di Pretoria (Transvaal), il medico ligure dott. Mangiamarchi ha lasciato la maggior parte della sua cospicua fortuna, che si ritiene di vari milioni, all'Istituto di Patologia generale di Genova diretto dal gr. uff. prof Trambusti.

Questo Istituto fu inaugurato il 24 maggio dell'anno scorso da S. E. Mussolini.

Una Università internazionale sulle Alpi.

Il prof. Kollarits di Davos, insieme ai suoi colleghi, hanno proposto la fondazione di una Università alpina internazionale, comprendente tutte le consuete Facoltà, e che dovrebbe sorgere nella famosa e salubre località di Davos (Svizzera). Lo scopo di questa coraggiosa iniziativa sarebbe: 1) offrire agli studenti tubercolotici che non siano in condizioni così gravi da dover interrompere gli studi, la possibilità di una cura climatica perfetta, insieme al vantaggio di seguire il regolare corso universitario; 2) rendere possibile per gli studenti di debole costituzione il soggiorno in clima alpino, senza sospendere gli studi; 3) promuovere cordiali relazioni tra professori e studenti di nazionalità diverse, mettendoli in stretto e continuo rapporto; 4) provvedere i mezzi necessari affinchè nei periodi di vacanza, gli studenti possano godere il beneficio dello sport invernale, sotto controllo medico; 5) iniziare ricerche sulla climatologia di alta montagna e sui problemi relativi all'altitudine ecc.; 6) fare studi comparati sulle razze e sui problemi scientifici d'importanza internazionale.

Per quanto concerne la Facoltà medica, si propone che agli studenti dei primi corsi sia impartito l'insegnamento puramente teorico, e che venga istituita una sezione speciale di Tisiologia e di Biologia alpina per giovani laureati.

Ingrandimento dell'Ospedale di Los Angeles.

È in corso l'ingrandimento dell'Ospedale Generale di Los Angeles (California): quando i lavori saranno ultimati la capacità aumenterà di 1600 letti, raggiungendo 2874 letti. La costruzione, in cemento armato, alta 15 piani, con molte ali, verrà a costare 8 milioni di dollari, ossia circa 150 milioni di lire. Questo tipo d'ospedale è assai diverso da quello prevalente tra noi, a padiglioni bassi, ridenti, circondati da giardini.

Aeroambulanze.

Un'apposita Commissione, di cui fa parte l'on. prof. Umberto Gabbi, si è riunita a Roma per provvedere con sollecitudine alla istituzione di parecchie aero-ambulanze fra Italia e Colonie.

L'esame prenuziale in Francia.

La Commissione per la Profilassi delle Malattie veneree presso il Ministero francese del Lavoro e dell'Igiene, adunatasi il 15 giugno, ha preso in esame il testo di un disegno di legge relativo all'esame medico prima del matrimonio, deposto dal prof. A. Pinard, e lo ha approvato ad unanimità; ha felicitato il promotore per la sua iniziativa; ha emesso il voto che il disegno di legge sia approvato al più presto dalle due Camere.

Per l'esame prenuziale facoltativo a Buenos Aires.

È stata presentata al Consiglio Comunale della città di Buenos Aires la proposta per l'istituzione di un consultorio speciale destinato ad « esaminare le persone d'ambo i sessi le quali domandino spontaneamente un certificato sanitario in vista del matrimonio ».

Il medico esaminatore, fatte tutte le ricerche necessarie, rilascerà un certificato secondo un modulo speciale stabilito nel progetto di legge.

Gli esami e tutti i mezzi di indagine necessari saranno completamente gratuiti.

Per l'educazione fisica nel Belgio.

È prossima nel Belgio la presentazione da parte del Ministero competente di un progetto di legge sull'educazione fisica della gioventù. Secondo il progetto in ogni scuola del regno dovrà esser organizzato questo insegnamento per ciascuna classe scolastica. La gioventù che ha compiuto i corsi scolastici proseguirà l'insegnamento per mezzo di Associazioni speciali destinate a questo scopo. Sarà fatto obbligo ai Comuni di fornire le installazioni necessarie tanto per le scuole che per le associazioni suddette, e, cosa di particolare importanza, tutto l'insegnamento per l'educazione fisica sarà sottoposto alla sorveglianza e al controllo diretto delle autorità mediche.

Inchiesta sull'alcoolismo fra gli scolari.

Nella provincia di Vicenza 900 maestri si sottomisero alla fatica d'interrogare 33,156 bambini delle scuole elementari riguardo all'uso di bevande spiritose. Di questi soltanto 4905 si dichiararono astemi: dei rimanenti fanciulli 28,251, l'85,2 per cento, prendevano più o meno regolarmente bevande alcooliche, anzi il 22,82 per cento e cioè 7567 bambini hanno detto di bere liquori (con graduazione superiore al 21 per cento di alcool).

Dati sui figli illegittimi.

Il Bollettino Mensile dell'« Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia » pubblica che i figli illegittimi in tutto il Regno nel 1922 sommavano a 50,843, nel 1923 a 49,272, nel 1924 salirono a 53,874: in un triennio si ebbero più di 150,000 illegittimi, il che corrisponde ad uno su ogni 21 legittimi.

La statistica continua considerando il problema della illegittimità anche dal lato dei figli esposti e riconosciuti, e qui rileviamo che la proporzione dei riconosciuti in confronto al numero degli esposti diminuisce in modo sconfortante dal mezzodì al settentrione d'Italia per raggiungere le cifre più sfavorevoli nelle nuove provincie: infatti nella

Venezia Tridentina la proporzione è di 1 su 37, nella Venezia Giulia 1 su 47 e a Zara su 47 illegittimi nessuno è stato riconosciuto.

Associazione cardiologica.

L'Associazione Cardiologica di Chicago, in vista dell'incremento considerevole che vanno assumendo le cardiopatie, ha organizzato una vasta opera di propaganda tra medici, studenti di medicina, infermieri, profani; ha predisposto ispezioni nelle scuole, nei dispensarî antitubercolari ecc. L'Associazione ha fatto funzionare 17 ambulatorî e dispensarî cardiologici e un reparto ospedaliero per bambini cardiopazienti.

Una medaglia d'oro di benemerenza alla Duchessa d'Aosta.

S. A. R. la Duchessa d'Aosta — nel recarsi a Trieste per esser madrina della nave « Il Conte Grande » — visitò ancora una volta quelle benefiche istituzioni dell'Opera di assistenza nell'Italia redenta, alla quale Ella presiede con augusta e materna sollecitudine. A Trieste la Duchessa visitò il dispensario di Servola dell'Opera nazionale e quindi le varie istituzioni benefiche. In seguito fu a Divacca, a Monfalcone, a Gradisca e nel Gradiscano, a Quisca; a Lucinico ebbe luogo l'inaugurazione del ventesimoprimo Asilo che l'« Italia Redenta » ha in piena attività nella Venezia Giulia. A Gorizia ebbe luogo in Municipio la solenne cerimonia per il conferimento della medaglia d'oro istituita per i benemeriti delle istituzioni di beneficenza che il Governo ha assegnato a S. A. R. per le grandi benemerenze da essa acquistate nell'opera svolta attraverso l'opera di assistenza dell'« Italia Redenta ». Il ministro on. Fedele pronunziò un vibrante discorso dal quale si rileva che l'opera « l'Italia Redenta » ideata ed attuata dalla Duchessa d'Aosta, ha istituito finora 102 Asili che accolgono più di 6000 bambini; nel 1926 furono distribuite 300,000 refezioni gratuite e compiute 15,000 visite mediche; 200 bambini furono inviati alle colonie marine e montane; 3 tonnellate di olio di fegato di merluzzo e una quantità ingente di ricostituenti furono adoperati per i bambini deboli. Furono inoltre istituiti dispensarî per i lattanti, scuole di lavoro per le donne, corsi serali per gli adulti.

Proseguendo l'ispezione agli asili dell'Opera nazionale « Italia Redenta », la Duchessa ha visitato poi la zona allogena del Tarvisiano, accolta ovunque con entusiastiche manifestazioni.

Per un eroico radiologo.

Durante la visita fatta da S. M. il Re a Milano, ad una manifestazione presieduta dall'on. prof. Raffaele Paolucci nella quale furono assegnate medaglie e attestati per azioni umanitarie e sociali, venne premiato, tra gli altri, il dottor Gianluca Piana, vittima dei raggi X, il quale, dopo tredici operazioni, ha dovuto subire l'amputazione dell'avambraccio destro. Il conferimento del premio venne fatto tra la generale commozione.

Onoranze al prof. Domenico Barduzzi.

Il 5 agosto prossimo l'illustre prof. Domenico Barduzzi, emerito nell'ateneo senese, entra nel suo 80° anno di vita, e in tale occasione a Bagni di S. Giuliano, delle cui Terme è direttore sanitario, gli saranno rese solenni onoranze col conferimento della cittadinanza onoraria Sangiulianese, colla presentazione di un album e medaglia commemorativa ed un volume, nel quale sono raccolte le monografie idrologiche e climatiche da lui scritte. Queste onoranze sono rese maggiormente solenni dal Convegno in quel giorno in Bagni di S. Giuliano del Comitato idrologico dell'Italia Centrale, del quale il prof. Barduzzi è presidente. Il ministro della P. I., on. Fedele, è Presidente onorario del Comitato generale per questi festeggiamenti al prof. Barduzzi. Siamo lieti di vedere riconosciuti i meriti di questo insigne maestro, avendo nella sua molteplice versatilità scientifica sempre combattuto per il miglioramento delle nostre antiche, gloriose Università.

Ricordo marmoreo al prof. Giovanni Calderini.

Il 16 giugno venne inaugurato a Varallo Sesia un ricordo marmoreo al concittadino prof. Giovanni Calderini, eminente ostetrico e ginecologo all'Università di Parma e poi di Bologna. Presenziò la cerimonia S. A. R. il Duca di Pistoia. Erano presenti le autorità di tutta la regione valesiana. Da Parma, da Bologna e da Torino erano intervenuti i Rettori delle singole Università e molti professori e medici erano presenti o, come Augusto Murri, avevano mandato calde adesioni. Il discorso d'occasione fu detto dal sen. on. prof. Mangiagalli. Il monumento è opera di Gaetano Orsolini.

Per un monumento a Camillo Golgi.

La Società Medico-Chirurgica Pavese si è fatta promotrice di una sottoscrizione nazionale per un monumento a Camillo Golgi. La sottoscrizione sarà aperta anche presso le Accademie e Istituti delle altre Università.

Al prof. Roberto Alessandri, direttore della nostra *Sezione chirurgica*, duramente colpito dalla perdita improvvisa del fratello avv. GIUSEPPE, vadano le nostre commosse condoglianze.

Al prof. Luigi Carlo Massini, nostro collaboratore, esprimiamo le più sentite condoglianze per la morte dell'amata madre, n. d. Elisa De-Barbieri in Massini.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riforma Med., 31 gen. — D. TADDEI. Sulle spondiliti. — G. IZAR e G. MASTROJENI. Chemoter. dell'infez. melitense.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 6 feb. — U. SARTORELLI. L'insulinoter. in affezioni non diabetiche.

Zbl. f. inn. Med., 12 feb. — M. KAPPIS. Trattamento chirurg. delle nefriti.

Endocrinology, sett.-ott. — W. SUSMAN. Guanidina e le paratiroidi.

Soc. d. Hôp., 3 feb. — C. J. URECHIA e S. MIHALESCU. Singhiozzo ribelle, con autopsia. — L. AMBARD e al. Meccanismo regolatore della riserva alcalina.

Acta Med. Scand., III-IV. — K. ERIKSEN. Il metabolismo acido-base. — C. CRILL. Ricerche roentgendiagnostiche con lipoiodol nella tbc. polm. — J. FRASDEN. Eliminaz. di albumina nei nefritici cron. — A. GRÖNBERG. Lesioni a focolaio del midollo allungato.

Riv. Ital. Ginec., gen. — M. TRETTENERO. Emogramma di Schilling nel campo ostetrico. — L. PUCCIONI. Ulcera gastro-duoden. e gravid.

Münch. Med. Woch., 11 feb. — DE RUDDER. Problemi epidemiologici nella scarlattina. — FELDWEG. La castrazione Roentgen.

Anal. Faculd. Med., Montevideo, ag. — V. FUENTES Y APOLO. La linfocitosi nelle parassitosi intest. — sett., W. MEERHOFF. Cutireaz. tracomatosa.

Journal A. M. A., 29 gen. — R. K. GHORMLEY. L'elioterapia nella tubercolosi rachidea infantile. — G. P. MULLER e R. S. BOLES. Manifestazioni addomin. nel m. di Hodgkin.

Arch. de Med., Cir., ecc., 12 feb. — J. G. CEBRIAN. La malarioterapia nella demenza prec.

Rev. Españ. de Med. y Cir., feb. — IZCKAQ-BEN-SOLEIMAN. Come dev'essere il discepolo.

Presse Méd., 12 feb. — F. DEVÉ. Cisti idatica e radioterapia.

Giorn. Batteriol., ecc., feb. — A. CIONINI. Bloccaggio del sistem. retic.-endotel. nella produz. degli anticorpi.

Cl. Med. It., nov.-dic. — A. CERESOLI. Natura del linfogranuloma maligno. — A. PAVESI. Enzimoreaz.

Riv. Ospedali, gen. — R. CINAGLIA. Patologia e terapia del simpatico periarterioso.

Proc. R. Soc. Med., feb. — Diagn. e trattam. della colite. (Discuss.). — Fratture della parte super. del femore. (Discuss.). — Casistica.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., feb. — G. WILSON. Occlusione dell'art. cerebellare poster. inf. — C. U. ARIËNS KAPPERS. Peso del cervelletto.

Presse Méd., 19 feb. — D. FEREY. Resez. del nervo presacrale.

Lancet, 19 feb. — D. T. DAVIES. Diagn. dei disordini epatici. — G. KING. Tolleranza pel levulosio nell'easme funz. del feg.

Pathologica, 15 gen. — A. CESARIS DEMEL. Natura anafilattica dell'ulcera rotonda. — G. SANGIORGI. Differenziaz. del B. abortus dal B. meiitensis.

Journ. A. M. A., 5 feb. — J. W. DRAPER e R. K. JOHNSON. L'omento «patogeno». — H. P. WILSON. Sul trattam. dell'eclampsia. — J. ZAHORSKY e M. MCLOON. Giardiasi nell'infanzia.

Münch. Med. Woch., 18 feb. — LANGE. Posizioni difettose ed esercizi fisici. — MAURER. Lo iodio nell'organismo.

Deut. Med. Woch., 18 feb. — SCHLESINGER. Turbe vascolari funzionali e loro trattam. medico e chirurgico. — ELLMER. Aleukia haemorrhagica (mielotisi).

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

Altre interessantissime pubblicazioni:

Dott. Prof. **GUSTAVO RAIMOLDI** docente di Patologia Medica nella R. Università - Chirurgo-aiuto negli Ospedali riuniti di Roma

L'esame della funzione renale
con i moderni metodi di indagine

Prefazione del **Prof. ROBERTO ALESSANDRI,** Direttore della R. Clinica Chirurgica di Roma.

CAPITOLO I. **RICORDI ANATOMICI.** — CAPITOLO II. **COSTITUZIONE CHIMICA DEL PLASMA SANGUIGNO E DELL'UREMIA.** — CAPITOLO III. **FISIOLOGIA DEL RENE: Secrezione esterna del rene. - Secrezione interna del rene.** — CAPITOLO IV. **INSUFFICIENZA RENALE: Uremia. - Edemi. - Ipertrofia di cuore.** — CAPITOLO V. **ESPLORAZIONE DELLA FUNZIONE DEI DUE RENI PRESI INSIEME:** 1° METODI CHE SI BASANO SUL SOLO ESAME DELLE URINE: a) **Esame funzionale mediante l'analisi chimica, fisica e microscopica dell'urina globale:** Quantità dell'urina. Densimetria. Ureometria. Determinazione del cloruro di sodio. Albuminuria. Esame microscopico delle urine. - b) **Metodi fisico-chimici senza influenza artificiale sulla funzione del rene:** La crioscopia delle urine. Cloruria alimentare spontanea. Prova della resistenza elettrica dell'urina. Coefficiente azoturico di M. R. Boulud. Diastasi. - c) **Metodi che artificialmente influenzano la funzione del rene con l'introduzione di sostanze per via orale e per via sottocutanea:** Albuminuria provocata. Prova della cloruria alimentare sperimentale. Prova dell'aumento della eliminazione urinaria col mezzo dei diuretici. Le prove per mezzo delle sostanze coloranti: prova della fucsina; prova del bleu di metilene; eliminazione del bleu di metilene, paragonata a quella dell'urea; prova della rosamilina; prova dell'indaco carminio; prova della fenolsulfon ftaleina. Prova della eliminazione dello ioduro di potassio. Prova della eliminazione del salicilato di sodio. Prova della eliminazione del lattosio. Prova della eliminazione dell'acido ippurico. Prova della florizina. Capacità di diluizione e di condensazione: la poliuria provocata: lo studio della concentrazione massima. - d) **Lo studio della tossicità urinaria.** — 2° LO STUDIO DELLA FUNZIONE RENALE CON I METODI BASATI SULL'ESAME DEL SANGUE: Studio morfologico del sangue: emazie; globuli bianchi. Studio fisico del sangue: viscosimetria; il coefficiente viscosimetrico di Martinet; crioscopia del sangue; prova della pressione sanguigna sistolica (Mx) e della pressione diastolica (Mn); misura della pressione diastolica; metodo oscillatorio; valore della pressione differenziale (PD). Studio chimico del sangue; prova della coagulazione del sangue; misura dell'albumina del siero (refrattometria); ureometria del sangue; azotemia normale e patologica; azoto totale e azoto residuo; lo studio dell'acido urico; creatinemia e creatininemia; studio degli idrati di carbonio contenuti nel sangue: la glicemia; la lipemia nelle lesioni renali, colesterinemia; la lipemia totale nei nefritici; dosaggio dei sali di potassio nel sangue; studio dei gas del sangue: il CO^2. — 3° LO STUDIO DELLA FUNZIONE RENALE CON I METODI BASATI SULL'ESAME COMPARATIVO DEL SANGUE E DELLE URINE: La crioscopia comparata del sangue e delle urine (Metodo di Léon Bernard). Il coefficiente emorenale di Bromberg. Coefficiente sfigmorenale e coefficiente idrurico. La costante ureosecretoria o di Ambard: tecnica per la ricerca della costante; valore della costante nell'uomo normale: valore della costante in patologia; la costante nelle malattie chirurgiche dei reni; modificazioni alla formula di Ambard. Cloruremia e costante clorurosecretoria: metodi per dosare il cloruro di sodio nel sangue. — CAPITOLO VI. **ESAME DEL VALORE FUNZIONALE DI CIASCUN RENE PRESO SEPARATAMENTE:** FISIOLOGIA DEI RENI PRESI SEPARATAMENTE E COMPARATI FRA LORO. — I METODI DI ESPLORAZIONE RENALE APPLICATI ALL'ESAME COMPARATO DEI DUE RENI: Prova delle sostanze coloranti. L'indaco-carminio: cromocistoscopia: la fenol-sulfon-ftaleina; glicosuria florizinica; facoltà di concentrazione e di diluizione. — CAPITOLO VII. **VALORE DEI METODI DI DIAGNOSI FUNZIONALE NELLE MALATTIE MEDICHE DEI RENI.** — CAPITOLO VIII. **VALORE DEI METODI DI DIAGNOSI FUNZIONALE NELLE MALATTIE CHIRURGICHE DEI RENI E IN QUELLE DELLE VIE URINARIE.** — BIBLIOGRAFIA.

Un volume di pagg. VIII-247 (N. 14 della «Collana Manuali del «Policlinico») nitidamente stampato su ottima carta, con 21 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **30.** Per i nostri abbonati sole L. **27.75.**

Dott. **SILVESTRO SILVESTRI** Aiuto nella R. Clinica Medica di Roma

Le nefropatie secondo le moderne vedute

Ecco l'Indice sistematico del volume:

PREFAZIONE. — CAPITOLO I. RICORDI ANATOMICI. — CAPITOLO II. FISIOLOGIA RENALE. — CAPITOLO III. CLASSIFICAZIONE DELLE NEFROPATIE. — CAPITOLO IV. SEMEIOLOGIA URINARIA: Esame fisico, chimico, microscopico dell'urina. — *Albuminuria*: albuminuria digestiva; albuminuria ortostatica; albuminuria intermittente, albuminurie discrasiche ematogene; albuminuria in rapporto a malattie del sistema nervoso; albuminuria gravidica; albuminuria febbrile; albuminuria nel decorso di malattie infettive croniche. - *Prognosi delle albuminurie. - Trattamento delle albuminurie. - Ematuria.* — CAPITOLO V. ESAME DELLE FUNZIONI RENALI: *Metodi di esplorazione basati sullo studio dell'eliminazione provocata di sostanze coloranti*: Prova con il bleu di metilene. Prova con la fenolsulfonftaleina. Prova con l'uranina. - *Metodi di esplorazione basati sullo studio dell'eliminazione di altre sostanze estranee all'organismo*: Prova dell'eliminazione dello jodio. Prova del lattosio. - *Metodi di esplorazione renale basati sullo studio di eliminazione di sostanze non estranee all'organismo*: Prova dell'acqua. Metodo dell'azoturia sperimentale. Eliminazione dei cloruri. Metodo per lo studio della funzione renale basato sull'esame del sangue e dell'urina. - *Urea*: Dosaggio dell'urea. La funzione ureosecretoria secondo la costante di Ambard. - *Azoto non ureico. - Metodica e valore clinico dello studio delle funzioni renali.* — CAPITOLO VI. SEGNI CLINICI IN RAPPORTO ALLA INSUFFICIENZA RENALE: *Gli edemi nefritici. - Sintomi cardiovascolari. - Sintomi in rapporto alla ritenzione azotata*: Sintomi a carico dell'apparato digerente. Sintomi a carico del sistema nervoso. Retinite albuminurica. Prurito. Anemia. Emorragie. Pericardite. - *Valore diagnostico e prognostico dell'azotemia. - Uremia*: Teorie patogenetiche dell'uremia. Uremia vera o tossica. Pseudoremia acuta od uremia eclampsica. Pseudouremia cronica od angiogena. — CAPITOLO VII. NEFROSI: Nefrosi albuminosa od albuminuria febbrile. Nefrosi da intossicazione. Nefrosi luetica. Nefrosi gravidica. Rene amiloide. CAPITOLO VIII. GLOMERULONEFRITI: *Glomerulonefrite acuta diffusa. - Terapia della nefrite acuta.* — CAPITOLO IX. GLOMERULONEFRITE CRONICA DIFFUSA: Albuminuria postnefritica. Nefrite cronica. Rene grinzo secondario. - *Terapia delle nefriti croniche. - Nefriti a focolaio.* — CAPITOLO X. SCLEROSI RENALE: *Ipertonia vascolare. - Rene grinzo genuino.* — CAPITOLO XI. RENE DA STASI.

Elegantissima brochure di pag. VI-168 (N. 3 delle nostre «Monografie medico-chirurgiche d'attualità»), stampata su carta distinta, in nitidissimi tipi tipografici. Prezzo L. **16.** Per i nostri abbonati sole L **14,60.**

ANNO XXXIV Roma, 25 Luglio 1927 Fasc. 30

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI FISIOLOGIA DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA di ROSARIO (Rep. ARGENTINA)

La milza organo regolatore del numero dei corpuscoli rossi e bianchi circolanti.

Prof. GAETANO VIALE.

GENERALITÀ SULLA FISIOLOGIA DELLA MILZA.

La milza pur non essendo un organo indispensabile alla vita, ha indubbiamente molteplici funzioni, alcune delle quali in comune con altri organi ed altre esclusive.

Nel presente studio non è mio intendimento trattare di tutte le nostre nozioni sulla milza: il tema, interessante e vasto, è stato trattato, con modernità di vedute, nella recente monografia di Leon Binet; mi limiterò a portare il contributo delle indagini su di una funzione splenica, finora poco nota, e che appare come una delle più caratteristiche dell'organo.

Da tempo è conosciuta la funzione della milza nella evoluzione dei corpuscoli del sangue, il suo ufficio nella nutrizione e nell'accrescimento; invece appare nuova la concezione della milza come organo riserva di corpuscoli rossi, (Barcroft, Binet) e come regolatore del numero, non solo dei corpuscoli rossi, ma anche dei bianchi (Viale).

La milza è organo linfoide: nella sua polpa si formano continuamente linfociti. Quest'attività, maggiore nella infanzia, si esalta in molte malattie, dove il tessuto splenico reagisce attivamente contro le infezioni.

Inoltre nel feto la milza forma anche corpuscoli rossi: questa funzione ematopoietica che sparisce normalmente nell'adulto può risvegliarsi dopo una emorragia, nel rinnovamento della massa sanguigna ed in alcune malattie del sangue.

Se la milza perde nell'adulto la sua funzione ematopoietica ha invece ben evidente una funzione ematolitica, che col Bottazzi meglio sarebbe chiamare « catatonistica ».

Gli studi istologici e le ricerche sulla resistenza corpuscolare hanno ormai assodato che questa funzione è legata all'attività fagocitaria delle cellule reticulo-endoteliali e alla formazione di speciali sostanze (emolisine) elaborate dalla milza. (Prenant). È certo che i corpuscoli rossi, attraversando la milza subiscono una diminuzione nella loro resistenza, e la distruzione dei corpuscoli rossi vecchi, che ha inizio nella polpa splenica, va a terminare poi nel fegato.

In relazione con la ematolisi intrasplenica sta la formazione di pigmenti biliari e la funzione marziale della milza.

Mann e i suoi collaboratori hanno dimostrato che il contenuto di bilirubina è maggiore nel sangue della vena splenica (e delle vene reflue dal midollo osseo) che nel sangue arterioso; la milza prepara i pigmenti per il fegato: secondo Florentin in forma di biliverdina. In questa funzione la milza collabora direttamente col fegato, e per questo il sangue prima d'arrivare al fegato attraversa la milza.

A questo proposito dirò che sarebbe forse utile, e feconda di resultati, la considerazione di ciò che si potrebbe chiamare « fisiologia topografica », cioè, la ricerca della ragione fisiologica della ubicazione degli organi: se il sangue splenico arriva al fegato questa successione deve avere il suo scopo specifico.

La grande quantità di ferro, che si riscontra nella milza, può essere tanto la espressione della distruzione dei corpuscoli rossi quanto l'indice che la milza sia un deposito di ferro (o più semplicemente un deposito di corpuscoli rossi). Secondo Chevallier la milza, « accapare, transforme et assimile le fer. Elle accapare le fer liberé par la destruction des tissus et surtout le fer alimentaire: elle empêche qu'il soit rejeté hors du corps et le donne a l'organisme dans une forme assimilable ».

L'ufficio della milza nel metabolismo e nell'accrescimento è pur da lungo tempo conosciuto. A questo proposito è bene ricordare che un ricercatore italiano, T. Silvestri già nel 1902, molto prima del Richet (1911) aveva osservato negli animali splenectomizzati, non solo maggior voracità, ma il bisogno assoluto di una alimentazione molto più abbondante per mantenersi in equilibrio, in salute, e più specialmente d'una maggior introduzione di sostanze proteiche. Lo studio del metabolismo basale ha dimostrato, nel suo complesso, una tendenza all'aumento negli animali senza milza. (Peracchia). Le indagini in rapporto all'intervento della milza nel metabolismo degli idrati di carbonio e delle sostanze proteiche non mi sembrano decisive; però merita ricordare che la milza versa nel sangue una grande quantità di aminoacidi (Delaunay, Loeper...), forse in relazione con la funzione catatonistica dell'organo, e che la milza è tessuto ricco in glutatione, prodotto sulforato che esercita un ufficio considerevole nelle ossido-riduzioni.

Di maggior portata sono i lavori della scuola di Abelous sopra la funzione colesterinogena della milza. Recenti osservazioni di P. Seu fatte in uomini splenectomizzati non hanno rilevato variazioni di importanza nella colesterina del sangue: ciò probabilmente perchè nella regolazione del metabolismo della colesterina intervengono altri organi (ad es. la surrenale).

La milza può anche influire sull'accrescimento corporeo; negli animali senza milza si determina un rallentamento nella crescita del corpo.

A questo ritardo si contrappone, per altro lato, l'azione favorevole che il succo di milza esplica sullo sviluppo delle cellule coltivate « in vitro ».

È d'altronde anche noto che Lanceraux spiegava l'infantilismo malarico come dovuto ad un disturbo nella funzione splenica.

Tutte queste funzioni, ed altre che a proposito tralascio, (come ad es. l'azione della milza su la secrezione gastrica, che si può spiegare come dovuta al contenuto, comune a tutti gli organi d'istamina nella milza, l'azione su la peristalsi intestinale dovuta probabilmente all'istamina o alla colina che si può estrarre, come dalla milza, così da tutti gli organi, ecc.), non sono esclusive alla milza: invece esiste una funzione, che la milza esercita e in maniera preponderante essa sola.

LA MILZA COME RISERVA DI CORPUSCOLI ROSSI.

Se la milza è un organo linfoide, se esplica una costante azione catatonistica, se influisce nel metabolismo e sull'accrescimento corporeo, ha pure una funzione meccanica di primordiale importanza.

La milza è un organo suscettibile di grandi variazioni di volume in relazione con la massa più o meno grande di sangue che contiene: il suo tessuto si presta a ricevere grandi quantità di sangue come una spugna, ed essendo inoltre contrattile può esprimere questo sangue nelle vene che da essa originano. Posta in derivazione sulla circolazione portale, la milza può considerarsi come una valvola regolatrice della circolazione addominale.

Però oltre a questa funzione meccanica generica, la milza secondo gli studi di Barcroft, di

Scheunert e Krzywanek, di L. Binet deve considerarsi come il magazzino, la riserva degli eritrociti; riserva contrattile, che secondo le necessità dell'organismo può lanciare in circolo corpuscoli.

Barcroft, osservando la milza, attraverso ad una finestra addominale, o mediante la radiografia, ponendo « agraffes » metalliche ai poli dell'organo, ha confermato che la milza è molto più voluminosa nell'animale vivo che nel morto, e che l'esercizio muscolare determina una contrazione dell'organo. Molti fisiologi invece eran d'avviso che la milza si dilatasse durante il lavoro muscolare, e la corsa.

Orbene, la milza, contraendosi durante il lavoro muscolare, (o per eccitamento nervoso o indirettamente per effetto di sostanze che si versano nel sangue durante il lavoro muscolare) può lanciare emazie in circolo. Barcroft ed altri hanno trovato che questa iperglobulia dovuta al lavoro muscolare manca negli animali (cani e cavalli) splenectomizzati.

Barcroft ha pur trovato che durante l'avvelenamento con ossido di carbonio, e nelle prime fasi di una emorragia si produce una scarica di corpuscoli rossi in circolo; scarica che fa difetto negli animali privi di milza.

Anche la asfissia acuta, quale può produrre la compressione temporanea della trachea è valente a determinare questo aumento di emazie nel sangue circolante. Leon Binet e i suoi collaboratori hanno dato la dimostrazione che questa iperglobulia di origine asfittica non si produce se si estirpa la milza o se si comprimono con una pinza i vasi splenici.

La concezione della milza, come organo di riserva dei corpuscoli rossi, appare dunque abbastanza solida.

LA MILZA E L'IPERGLOBULIA DA ARIA RAREFATTA.

Conosciamo dunque già alcune circostanze (esercizio musculare, intossicazione con ossido di carbonio, asfissia acuta, emorragia) in cui la milza interviene versando un maggior numero di emazie in circolo per compensare la diminuzione del trasporto dell'ossigeno ai tessuti.

Io ho potuto dimostrare che la milza ha un notevole ufficio in altra condizione fisiologica.

È noto che gli aviatori e gli alpinisti, anche per una breve ascensione, presentano una iperglobulia transitoria, che si fa permanente soltanto nelle persone che soggiornano nelle alte zone alpestri. La iperglobulia permanente ha un determinismo diverso (neoformazione di sangue per aumentata attività degli organi ematopoietici...), da quello che può verificarsi nelle brevi ascensioni, quantunque entrambe corrispondano alla stessa finalità biologica di aumentare gli elementi trasportatori di ossigeno; reazione organica alla diminuita tensione parziale dell'ossigeno atmosferico.

La iperglobulia come reazione pronta e passeggera alla depressione atmosferica si può sperimentalmente riprodurre in animali e nell'uomo sotto la campana pneumatica; e per la prontezza medesima con la quale si produce e sparisce esclude senz'altro l'intervento attivo degli organi ematopoietici.

Cani e cavie che si portano rapidamente durante 20-30-40 minuti a una depressione atmosferica di 350-400 mm. di Hg. (corrispondente ad una altitudine di circa 6000-5000 metri) presentano un notevole aumento nel numero dei corpuscoli rossi circolanti.

Esempi: In una cavia il sangue, attinto con una puntura intracardiaca, contiene 3,700,000 corpuscoli rossi in 1 mmc. Dopo 20 minuti di permanenza a 420 mm. di pressione il numero sale a 5,040,000.

In un cane che presenta 4,816,000 corpuscoli rossi in 1 mmc. di sangue, attinto da una vena del padiglione auricolare, dopo 30 minuti di permanenza nella campana pneumatica a 350 mm. di Hg. il numero dei corpuscoli rossi sale a 6,414,000.

La iperglobulia che si produce in questi casi, tanto rapidamente, non è soltanto periferica, come hanno supposto alcuni autori, dovuta ad una diseguale ripartizione dei corpuscoli per azioni di ordine vasomotorio, ma è anche centrale come risulta dagli esperimenti nelle cavie dove i campioni di sangue erano attinti dal cuore.

Orbene gli animali, una volta splenectomizzati, portati nelle medesime condizioni di depressione atmosferica, non hanno presentato iperglobulia. Per esempio una cavia che in 1 mmc. di sangue, attinto dal cuore, presenta 4,160,000 corpuscoli rossi, portata a 450 mm. di Hg., dopo 20 minuti presenta 3,920,000 corpuscoli.

Un cane, smilzato, ha nel sangue periferico 4,840,000 emazie per 1 mmc. Si porta per 25 minuti ad una depressione di 425 mm. di Hg. Presenta 4,740,000 corpuscoli rossi.

Ho inoltre l'impressione, che controllerò ulteriormente, che questi animali privi di milza sopportino meno bene le basse pressioni. La milza in questi esperimenti si dimostra quindi organo che serve all'aviatore e all'alpinista per adattarsi alle variazioni della pressione atmosferica, o in termini più lati e più comprensivi, per adattare l'organismo, rapidamente, alle oscillazioni della pressione parziale dell'ossigeno.

Questo fatto, aggiunto a quelli dimostrati da Barcroft e da Binet, prova sempre più la importanza della milza come regolatrice del numero dei corpuscoli rossi del sangue circolante; la milza lancia emazie in circolo secondo le necessità dell'organismo.

L'ufficio della milza come organo di riserva dei corpuscoli rossi mi pare possa spiegare un fenomeno costante osservato da me e anche da altri sperimentatori nella insufficenza surrenale.

In tutti gli animali, venuti a morte in seguito alla ablazione delle due ghiandole surrenali, ho sempre incontrato un aumento enorme della milza.

Orbene, l'esame ematologico, nei cani surrenectomizzati, mi ha d'altra parte sempre dimostrato un aumento progressivo del numero dei corpuscoli rossi, non dovuto a una formazione corpuscolare, ma relativo ad una perdita di plasma sanguineo (o per alterata permeabilità capillare, o per deficiente linfogenesi). L'aumento dei corpuscoli rossi può essere tanto considerevole da costituire un vero ostacolo meccanico alla circolazione, in quanto aumenta straordinariamente la viscosità del sangue; fattore idrodinamico che certamente contribuisce alla precocità della morte per ablazione delle surrenali.

Orbene la milza reagisce a questo straordinario aumento di corpuscoli rossi, immagazzinandoli nelle sue lacune, e con ciò, eliminando corpuscoli dalla circolazione contribuisce alla regolazione della viscosità del sangue; certo tale capacità è limitata.

ECCITAMENTO ELETTRICO DELLA MILZA E NUMERO DEI CORPUSCOLI BIANCHI.

Sembra che la milza versi la sua riserva di corpuscoli contraendosi in virtù delle fibre lisce che entrano nella compagine dell'organo; ho per ciò creduto opportuno cimentare se le contrazioni provocate direttamente sull'organo hanno un effetto immediato sul quadro ematico.

La milza, estratta dall'addome a cani in narcosi cloralosica, veniva stimolata con una corrente faradica o direttamente ponendo gli elettrodi sopra la capsula splenica o indirettamente eccitando il nervo splenico.

Dirò subito che le manipolazioni dell'organo e neppure il massaggio fanno variare il numero dei corpuscoli nel sangue.

Invece l'eccitamento elettrico che dura 15''-30'', mentre determina una visibile e rilevante diminuzione di volume dell'organo, induce una variazione evidente nel numero dei corpuscoli; però non sono le emazie che mutano in questi esperimenti, invece sono i corpuscoli bianchi. I leucociti diminuiscono, e la discesa che permane a lungo, può raggiungere anche il 50 %. Il fenomento leucopenico si manifesta non solo nel sangue della vena splenica, ma anche nel sangue della circolazione generale. La formula leucocitaria varia poco. Ecco alcuni dati analitici; gli esperimenti si riproducono con una monotonia costante.

1) Cane in narcosi cloralosica, laparotomizzato. Un mmc. di sangue, attinto da una vena auricolare, contiene 5,200,000 corpuscoli rossi e 18,400 bianchi.

Per 1' si fa massaggio della milza; dopo 5' il sangue presenta in 1 mmc. 5,129,000 corpuscoli rossi e 17,350 bianchi.

Si eccita elettricamente la milza per 30''; dopo 5' i corpuscoli rossi sono 5,360,000 e i leucociti 6800.

2) Cane in narcosi cloralosica. In 1 mmc. di sangue della vena splenica son contenuti 6400 leucociti. Si eccita per 30' direttamente la milza. Dopo 1' nella vena splenica il numero dei leucociti è 5600 e dopo 12 minuti è 2000.

Queste indagini ci dimostrano chiaramente come la milza, contraendosi, possa far variare il numero dei corpuscoli bianchi, forse più che quello dei corpuscoli rossi; e che la concezione di Barcroft che la milza sia l'organo di riserva dei corpuscoli rossi deve essere integrata dal mio concetto, più ampio, che la milza sia l'organo regolatore di tutti i corpuscoli del sangue, rossi e bianchi.

Il determinismo di questa variazione, per la stessa rapidità con cui si compie, è certo di ordine meccanico; è probabile che le lacune spleniche, contratte, lascino passare i corpuscoli rossi più elastici e più piccoli, e trattengano i bianchi, che si addossano e aderiscono con più facilità alla parete vascolare.

LEUCOCITOSI DIGESTIVA E MILZA.

Data la rappresentazione della milza come organo regolatore della leucocitosi, era interessante riscontrare se la leucocitosi digestiva fosse in rapporto con questa funzione, tanto più che si sa che la milza, durante il periodo digestivo, aumenta di volume.

Gli esperimenti fatti in quattro cani senza milza hanno dimostrato che la leucocitosi dopo un pasto di carne cruda si presenta intensa come nel cane normale. Per esempio: un cane senza milza che ha 33,800 corpuscoli bianchi in 1 mmc. dopo

avere mangiato 200 gr. di carne cruda presenta 44,800 globuli bianchi dopo 60'.

Del resto, già avevo dimostrato con Di Leo Lira che nel determinismo della leucocitosi digestiva il fattore principale è il riassorbimento dell'acido cloridrico segregato dallo stomaco e specialmente dello jone cloro.

CONCLUSIONI.

Dal complesso dei miei esperimenti viene ribadito ed ampliato il concetto che la milza deve considerarsi come un organo che regola, *rapidamente*, il numero di tutti i corpuscoli del sangue.

Giova ancora ricordare che F. Soler, in un recente lavoro, considera la milza come un organo che compie una funzione selettiva verso gli elementi corpuscolari circolanti. Egli è arrivato a questa ipotesi considerando che negli animali splenectomizzati si produce una leucocitosi. Ad indicare la capacità della milza ad accumulare nelle sue lacune corpuscoli, egli propone la nuova parola: *sissoressi* (dal greco: accumulo).

Il Soler arriva a questa conclusione più per intuizione ispirata allo studio della istologia della milza che per induzione esperimentale, perchè la leucocitosi osservata negli animali splenectomizzati può consentire interpretazioni diverse da quella data dal Soler; per esempio, una maggior attività degli organi ematopoietici e linfoidei conseguente alla brusca cessazione della funzione splenica, oppure come una reazione alla guarigione per seconda intenzione della ferita operatoria... Si sa del resto che questa leucocitosi non è permanente (Peracchia).

La prima chiara dimostrazione che la milza può meccanicamente far variare, *illico et immediate*, il numero dei corpuscoli bianchi è delle presenti ricerche.

Sintetizzando i miei resultati con quelli di Barcroft e di altri, consideriamo la milza come l'*organo regolatore meccanico del numero dei corpuscoli rossi e bianchi del sangue circolante.*

BIBLIOGRAFIA.

J. BARCROFT e coll. Jour. of Physiol., 50, p. 79, 1925.
ID. Ibid., 60, p. 443, 1925.
L. BINET. *La physiologie de la rate*. Chahine. Paris, 1927.
L. SCHEUNERT e KRZYWANEK. Pflügers Arch., 215, p. 187, 1927.
P. SEU. *Studi Sassaresi*. Serie seconda. Volume 4°, p. 13, 1926.
T. SILVESTRI. Riforma medica, 1901.
F. SOLER. Rev. medica latino-americana, XI, numero 126, 1926.
G. VIALE e coll. Rev. medica de Rosario, tomo XVI e XVII, 1926-27.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI MANTOVA.
REPARTO CHIRURGICO - Primario: Dott. D. MAMBRINI.

Voluminoso nodo varicoso del cavo popliteo. Escisione. Guarigione.

Dott. OLIVIERO SANDRI.

Il caso venuto recentemente sotto la mia osservazione, se non reca nessuna nuova luce nel campo già bene studiato della patologia delle vene e precisamente delle varici, per altro credo possa riuscire interessante per il modo come la forma morbosa si è presentata e per le sue dimensioni che simili, certo, raramente è dato osservare.

Il 1° marzo u. s. fui chiamato presso tale O. Elisabetta d'anni 65 di Gabbiana (Mantova); eccone la storia:

Nessuna malattia pregressa in gioventù. Sposata a uomo sano ebbe cinque gravidanze, 3 condotte a termine regolarmente, due seguite da parti distocici; un figlio morto a undici mesi, due figlie viventi e sane.

Durante la prima gravidanza vennero manifestandosi agli arti inferiori vene varicose, che si svilupparono maggiormente nelle gestazioni successive.

Sette-otto anni or sono cominciò a notare un nodulo nel cavo popliteo di destra, che venne progressivamente aumentando di volume sino a raggiungere quello attuale. Da due-tre anni si formò un secondo nodulo sulla faccia interna della coscia destra. Tali noduli erano indolenti e solo quello del cavo popliteo procurava nei movimenti di deambulazione più senso di molestia da difficoltato movimento che vero dolore.

Esame obiettivo. — Ammalata apirettica — nessun particolare rilievo all'esame degli organi delle cavità splancniche — agli arti inferiori, bilateralmente, notasi alla gamba ed al lato interno del piede numerose ectasie venose con zone cutanee pigmentate, senza soluzioni di continuo.

Al cavo popliteo destro, all'esterno della linea mediana, si nota *una tumescenza del volume di una grossa arancia*, rotondeggiante, ricoperta verso la grande base di impianto da cute pigmentata in bruno, lucida, aderente; verso la sommità invece è umida e ricoperta da squame biancastre.

Ha consistenza oscuramente duro-elastica, non uniforme; presenta una leggera spostabilità in toto in senso laterale. Data la larga base di impianto non si può conoscere se si continua profondamente nel cavo popliteo; i movimenti di flessione della gamba sulla coscia, per quanto limitati, non ne modificano la consistenza. Non vi si nota pulsazione, nè vi si ascolta soffio.

Alla faccia mediana della coscia destra, all'unione del terzo medio e terzo inferiore, lungo il decorso dalla safena magna si osserva una rilevatezza della cute, senza modificazione di questa, alla quale corrisponde palpatoriamente la presenza di una tumescenza del volume e

forma di una noce, di consistenza uniformemente fibrosa, abbastanza mobile sul piano profondo e ricoperta da cute pure mobile. Facendo contrarre i muscoli della coscia, la tumescenza mostra di essere al di sopra del piano aponeurotico.

Sia prossimalmente che distalmente si avvertono ectasie venose della safena, ma dato lo spessore del connettivo sottocutaneo non ri riesce

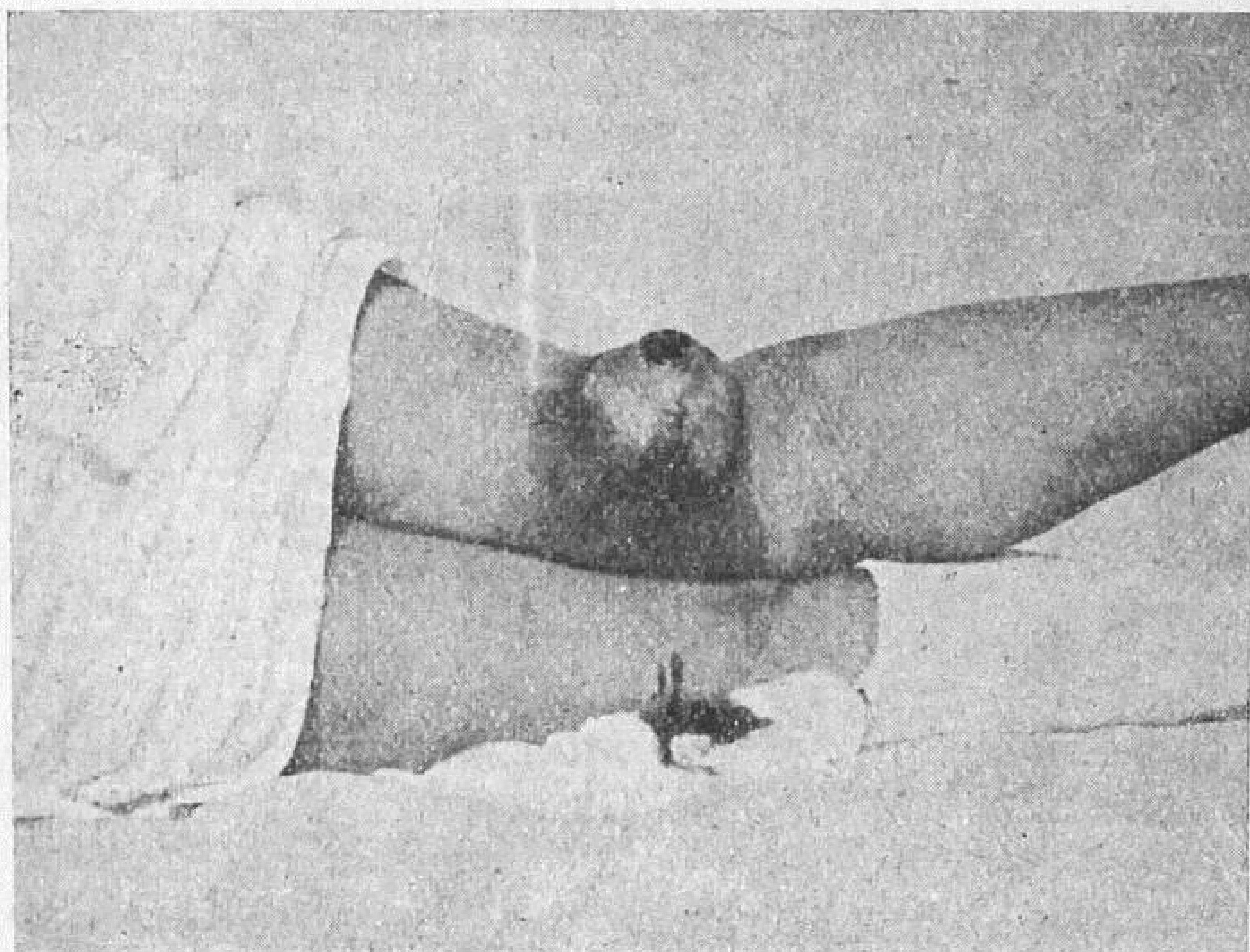


Fig. 1.

a stabilire se esistono o meno rapporti di continuità tra ectasie e tumescenza.

La palpazione alla regione inguino-crurale di destra fa escludere la presenza di infiltrazione glandolare.

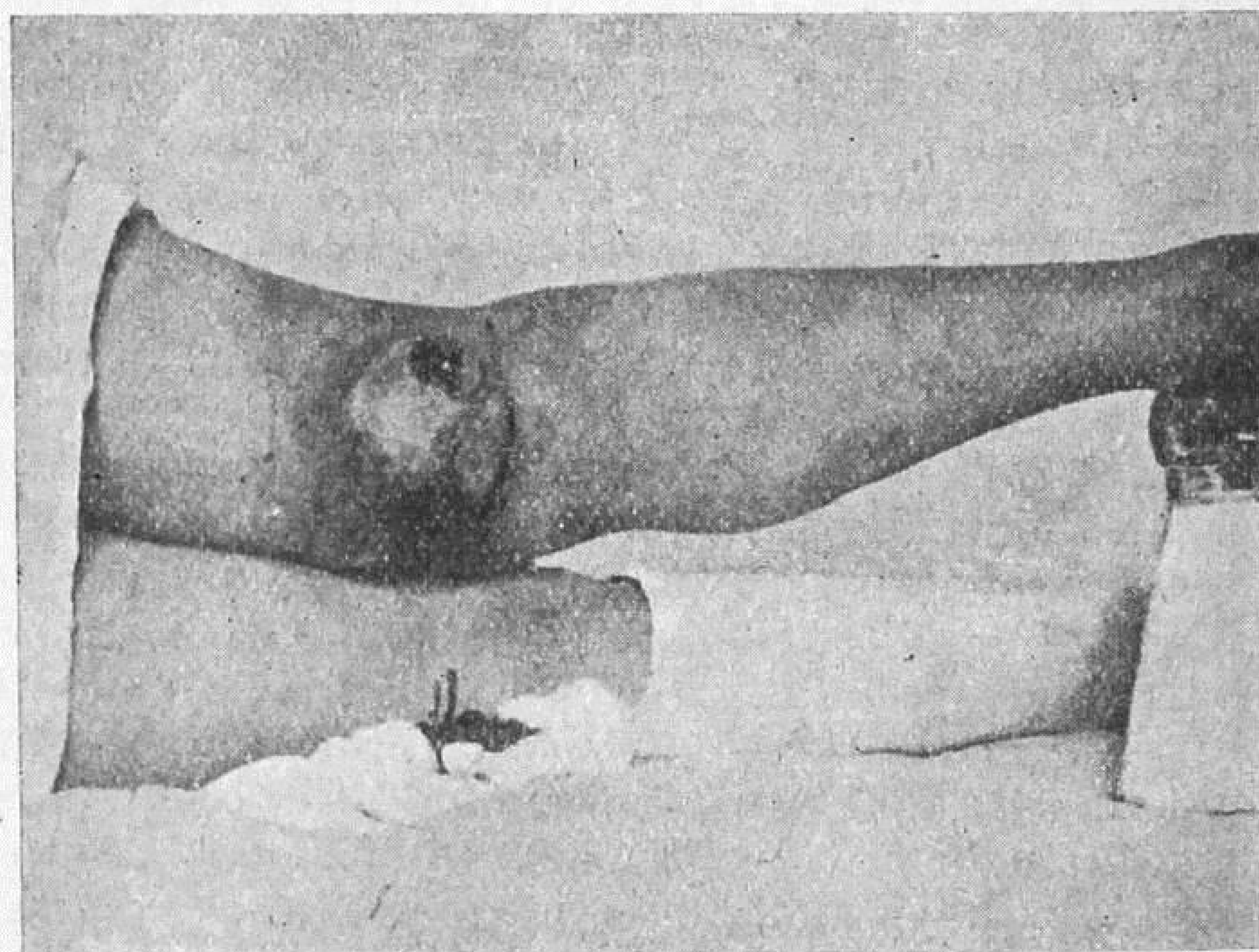


Fig. 2.

Esaminata così l'ammalata, per venire ad una conclusione diagnostica logicamente basata sui dati incontrovertibili forniti da un accurato esame obiettivo, data la sede di impianto della tumescenza costituita da una regione che ha intimi rapporti con la cavità articolare del ginocchio, che è attraversata da fasci muscolari e tendinei, che è sede di borse mucose e ancora che dà passaggio ai tronchi vascolari e nervosi (che dalla coscia si portano alla gamba), mi si poneva davanti per un esame discriminativo tutte quelle svariate tumefazioni del cavo popliteo, che proprio dalle particolarità anatomiche della regione traggono le loro origini. Dico subito che la presenza delle numerose ectasie venose diffuse nelle gambe bilateralmente, l'aspetto della cute ricoprente la tumefazione accennata e che ricorda esattamente quello della cute in preda a disturbi distrofici da vene varicose, il lungo periodo di tempo occorso allo sviluppo e l'assenza in fine di qualunque risentimento gangliare linfatico in a. costantemente apirettica, furono dati che mi fecero pensare ad un grosso nodo varicoso del cavo popliteo, trovando un appoggio alla mia diagnosi nella tumescenza molto più piccola descritta sulla faccia antero-interna della coscia e che io mi sentiva autorizzato a ritenere come un nodo varicoso comparso tardivamente, rispetto al precedente, sul decorso della safena magna, quantunque, come già dissi, non si potesse sentire ai suoi due poli il continuarsi del tumore con il vaso venoso.

Il fatto di essere di fronte ad un nodo varicoso, superficiale si, di colorito oscuro, sprovvisto di pulsazioni in individuo varicoso, nodo però di volume così cospicuo, non scomparente alla pressione distale, di consistenza oscuramente teso-elastica non uniforme e così diverso insomma nei suoi caratteri da quelli che si hanno comunemente per le dilatazioni varicose della safena esterna, poteva indurre a pensare anche ad altre formazioni.

Trascurando alcune tumefazioni a contenuto liquido del cavo popliteo e cioè le *cisti sinoviali* comunicanti o meno con le articolazioni, gli *ascessi freddi*, non potevo dimenticare le *cisti idatidee*, se pure la sede d'impianto poteva rappresentare una rarità (il Cignozzi descrive un caso di localizzazione poplitea dell'echinococco), prescindendo anche dai dati della palpazione, poichè, come ricorda il Forgue, la cisti può talora acquistare « una durezza tale che si è potuto credere a un tumore solido ». Tra le tumefazioni solide esclusi i tumori *ganglionari primitivi o secondari, i tumori a carico di un tronco nervoso*, un *aneurisma* del cavo popliteo, per mancanza assoluta di qualunque dato etiologico e di qualunque sintomo pregresso od in atto, si veniva così a circonscrivere il campo. Restavano a considerare i tumori aventi rapporti con i vasi della regione o per avere origine da un foglietto aponeurotico della loggia vasale od in fine per essere originati dagli elementi costitutivi della guaina vascolare, non dimenticando però che pa-

rete vasale, loggia vascolare, e guaina vasale sono, è vero, formazioni distinte l'una dall'altra, ma conservanti tali intimità di rapporti topografici e di struttura da rendere difficile la diagnosi delle rispettive neoplasie prima dell'atto operativo.

Non ho trovato nella scarsa letteratura consultata casi di tumori traenti origine dalla parete di un vaso o dalle pareti della loggia vascolare aventi qualche somiglianza con il nostro caso.

Trovai invece tra i tumori delle guaine vascolari due casi aventi come sedi di impianto e dimensioni qualche affinità come il nostro caso e degni pertanto, io credo, di essere notati.

Volkmann nel 1868 operò e Plettner descrisse un caso di lipoma giacente nella regione poplitea, sviluppato parte sottocute e propagantesi, attraverso orifici percorsi da vene, sotto la aponeurosi fino a contatto con i vasi poplitei, a ridosso dei quali con un peduncolo sembrava prendere impianto.

Berkeley Hill riferisce di un tumore nel cavo popliteo di un uomo di 26 anni, che in otto mesi raggiunse il volume di una noce di cocco, con superficie liscia e netta fluttuazione. Dilatazione delle vene superficiali in corrispondenza della regione ed al disotto. Assenza di infiltrazione gagliare linfatica. All'atto operativo si trovò che il tumore giaceva sotto la aponeurosi, provvisto di un peduncolo profondo che si impiantava sui vasi. L'esame microscopico mostrò trattarsi di un sarcoma a piccole cellule.

L'avere accennato specialmente al caso operato dal Volkmann e citato da Plettner e al caso di Berkeley non implica che io faccia seguire alla breve digressione una discussione diagnostica, che mi sembrerebbe invero superflua, perchè se il caso nostro poteva loro avvicinarsi per alcuni dati obiettivi, per troppi altri se ne distaccava, costringendo riportarmi alla prima diagnosi di nodo varicoso. A fermarmi in tali ipotesi mi sentii poi maggiormente autorizzato dall'avere trovato sul Trattato di Chirurgia del Bergmann la citazione e l'illustrazione di un caso di dilatazione sacciforme della vena safena al cavo popliteo, che per i suoi caratteri ricorda esattamente il caso nostro.

*
* *

Fermatomi adunque su questo concetto consigliai alla P. l'asportazione del nodo, poichè, date le condizioni della cute, sentivo che sempre più incombente si faceva il pericolo di una ulcerazione con conseguente emorragia, che certo non sarebbe stata di lieve entità. E il previsto doveva infatti verificarsi dopo pochi giorni: ma neppure di fronte a questo nuovo fatto la P. si lasciò convincere all'atto operativo.

Le emorragie continuarono più o meno abbondanti per alcuni giorni, finchè si dovette procedere al ricovero d'urgenza all'Ospedale Civile di Mantova, quando una forte perdita di sangue, aggiuntasi improvvisamente alle molte altre già verificatesi, ebbe determinato nella P. gravi sintomi di anemia acuta.

Il 23/3/26 venne operata dal dott. Mambrini in anestesia spinale: « Incisione longitudinale sul« la faccia interna della coscia destra, lungo il « decorso della safena magna, in corrispondenza « della tumescenza sottocutanea. Messa allo sco« perto si nota che essa ha aspetto biancastro « tendineo, e che ai suoi due poli si continua « con la safena direttamente; si pongono due « lacci ai punti di passaggio e si asporta facil« mente il tumore, che alla sezione si presenta « costituito da un grosso trombo giallo. Previa « sutura della cute si prolunga la incisione in « basso, biforcandola a doppia ellissi, e circon« dando così la tumescenza del cavo popliteo « in prossimità della base di impianto, in modo « da lasciare cute sufficiente a ricoprire la solu« zione di continuo residuante all'asportazione.

« È abbastanza facile snucleare la detta tume« scenza dal piano aponeurotico superficiale del « cavo popliteo, sul quale giace semplicemente, « ponendo lacci di catgut sulle numerose vene « ectasiche che ad essa fanno capo. Nella ma« novra però la parete della tumescenza si rompe « facendo notare trattarsi di un enorme nodo « varicoso ripieno di un ammasso costituito da « trombi rossi, sangue liquido, grossi coaguli. « Si notano numerose ed estese concrezioni cal« caree nella parete della sacca, disposte a sca« glia, di qualche centimetro di larghezza.

« Si provvede all'emostasi con lacci di catgut, « quindi si passa alla sutura dei margini cutanei ».

La P. uscì guarita e non avverte più alcun disturbo, potendo essa camminare oggi liberamente.

Campitello (Mantova), ottobre 1926.

BIBLIOGRAFIA.

BERGMANN e BRUNS. *Trattato di Chirurgia Pratica*, vol. V.

CIGNOZZI. *Localizzazione rara dell'echinococco. L'echinococco popliteo*. Rassegna internaz. di Clinica e Terapia, maggio 1925.

FERRARINI. *Sopra i tumori primitivi delle guaine vascolari*. La Clinica Chirurgica, 1913.

PLETTNER. Citato in FERRARINI.

BERKELEY. Ibid.

FORGUE. *Compendio di Patologia Chirurgica*, vol. I.

COMMENTI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPEC. MEDICA DIMOSTRATIVA
R. UNIVERSITÀ DI GENOVA.

Terapia dell'ulcera gastrica.

Prof. P. E. LIVIERATO, direttore.

Nel fascicolo n. 25 (20 giugno 1927) del periodico « Policlinico » ho letto a proposito l'articolo « Nuove vie per la cura dell'ulcera gastrica ». Io, molti anni fa, avevo esposto un caso nel Congresso regionale ligure tenuto a Savona, caso che credo utile a questo proposito riferire. Si trattava di una signora di 39 anni madre di cinque figli, tutti sani. Da parecchio tempo ella soffriva di gastralgie forti ed ematemesi con pirosi e acidità di stomaco, sintomi certi di un'ulcera gastrica. Malgrado le cure igieniche e dietetiche la sintomatologia suddetta persisteva, anzi andò accentuandosi. Un giorno, coll'esacerbazione dei dolori, seguì abbondante ematemesi con dolore acutissimo alla regione gastrica, lipotimia, faccia ippocratica, meteorismo, intensa dolorabilità dell'addome, pneumatosi peritoneale, tutti segni di perforazione dell'ulcera. Polso filiforme. Allora raccomandai alla paziente riposo assoluto, vescica di ghiaccio sull'addome, ripetute iniezioni di caffeina e olio canforato. Raccomandai inoltre di astenersi da qualsiasi cibo sia liquido che solido, anzi evitare persino di inghiottire la sua saliva, ciò che fu eseguito trattandosi di signora molto intelligente; praticava poi giornalmente enteroclismi con un litro di acqua salata calda a 40° allo scopo di provocare, mediante il caldo, uno spasmo riflesso dei vasi della mucosa dell'apparato gastro-enterico.

Per supplire alla nutrizione, data l'astinenza assoluta di cibi, facevo praticare tre clisteri nutritivi al giorno composti di latte tiepido, un cucchiaino di peptone e un cucchiaio di zucchero, del volume in tutto di 50 cmc. introdotto nell'ano mediante un catetere elastico. La signora sopportava assai bene tali clisteri; non solo li tratteneva ma li assorbiva in modo che nello spazio di 24 giorni di tale cura emetteva ogni giorno 200-300 cmc. di urina contenente 8-10 gr. di urea e 4 gr. di cloruro ed eliminava mediante enteroclismi ogni tre-quattro giorni delle feci formate. In questo periodo di tempo tutti i fatti andarono gradatamente scomparendo in modo che la paziente dopo trenta giorni era guarita e poteva con precauzioni alimentarsi per bocca. Sono passati da allora 30 anni e la signora gode ottima salute, nè mai più sofferse da parte dello stomaco.

Attiro l'attenzione dei pratici sull'uso degli enteroclismi a temperatura alta 40° e più, che io ho usato e uso sia nelle gastralgie che nei casi in cui si suppone eventualmente principio di ulcerazione gastrica e anche in casi di enterorragie di varia origine; l'uso dei clisteri caldi può prevenire e frenare delle enterorragie e esplicare azione benefica in casi di gastralgie o enteralgie. Buoni risultati danno ancora i clisteri nutritivi, come ho scritto, di latte e zucchero e peptone, cioè di sostanze facilmente assorbibili dalla mucosa rettale. Com'è dimostrato nel mio caso clinico nel quale l'assorbimento era reso evidente dal fatto che eliminava urine sino a 300 cmc. nelle 24 ore, urine che contenevano, come dissi, 8-10 gr. di urea e 4 gr. di cloruro. I clisteri nutritivi composti dalle sostanze da me usate non irritano ordinariamente la mucosa enterica e si sopportano a lungo, come ne dimostra il caso riferito.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

Le cause del parto.

(KNAUS. *Münch. Med Woch.*, 1927, n. 9).

Oltre alle teorie di Sauerbruch-Heyde e di von der Heide (la prima ammette che sul finire della gravidanza sostanze tuttora ignote determinino l'insorgere del travaglio, la seconda fa entrare in causa l'anafilassi da albumine eterogenee di origine fetale), per spiegare la antica questione del perchè insorgano alla fine del nono mese di gravidanza le contrazioni dell'utero sono state emesse varie ipotesi, più o meno confermate dall'esperimento. Dixon attribuì grande importanza alla ipofisi, avendo visto che l'estratto di lobo ipofisario posteriore eccita la muscolatura dell'utero, e, d'altra parte, che l'ipofisi subisce modificazioni e accrescimenti durante la gravidanza. Dixon e Marshall videro inoltre che gli estratti di ovaio gravidico aumentano il potere secretorio della ipofisi, e precisamente hanno questa azione le parti di ovaio prive di corpo luteo, o provviste di corpo luteo gravidico degenerato (della fine della gravidanza) e da questo fatto trassero conclusioni circa la causa dell'insorgere del travaglio di parto. Analoghi risultati raggiunsero Clark e Knaus, ed ammisero che alla fine della gravidanza si accumuli tanta secrezione ipofisaria (e rispettivamente si liberi) da determinare l'insorgenza delle contrazioni uterine.

Knaus ha ulteriormente esperimentato sui conigli, che meglio si prestano per la prolificità, per la sicurezza della data di inizio della gravidanza, per la facilità di far loro iniezioni nella vena marginale dell'orecchio.

Egli ha visto che si può sempre, con dosi crescenti, ma piccole di pituitrina, dal 32° giorno di gravidanza (che di norma nei conigli è l'ultimo) sino al 29°, provocare il parto.

Dal 28° al 18° giorno non è possibile provocare l'immediata espulsione del feto, ma si ha l'aborto dopo qualche tempo usando forti dosi di pituitrina.

Prima del 17° giorno, non è possibile, con qualunque dose tollerabile di pituitrina, alterare l'andamento normale della gravidanza.

Pare dunque che la contrattilità e l'eccitabilità delle fibre muscolari dell'utero aumentino man mano che la gravidanza si inoltra, fino a raggiungere il massimo (contrazioni spontanee) alla fine di essa, e che questo aumento di contrattilità e di eccitabilità sia causato da ormoni ovarici provenienti certo dal corpo luteo.

Nell'uomo, dopo il primo mese parrebbe che avesse inoltre influenza la formazione di ormoni di origine ovulare.

GARRONE.

A proposito di quest'ultima affermazione, ricerche di Almagià nell'Istituto di Patologia Generale dell'Università di Roma hanno portato alla conclusione che l'iniezione in animale gravido di piccola quantità di autolizzato fetale omologo, determina il parto o l'aborto. Ciò fa supporre che verso la fine della gravidanza il ricambio fetale contenga come prodotti catabolici alcune sostanze che agirebbero come stimolo sull'utero materno, del quale, come è noto, cresce la irritabilità con l'avanzare della gravidanza.

Ulteriori ricerche dello stesso A. dimostrarono che il sangue di un animale che sia in travaglio di parto o abbia partorito di recente, iniettato in animale gravido normale della stessa specie, determina in esso il parto prematuro.

Iniezioni in animali normali non gravidi di autolizzato fetale omologo, protratte per circa 20 giorni, cagionano le modificazioni gravidiche della ipofisi (ipertrofia, comparsa di cellule gravidiche). Il sangue di animali normali così trattati induce il parto o l'aborto in animali omologhi in stato di avanzata gravidanza. L'insieme di tutte le ricerche avvalora quindi l'ipotesi che nel sangue, al momento del travaglio, siano contenute sostanze, probabilmente di origine fetale, che agiscono come causa determinante il parto. (N. d. R.).

RENE E VIE URINARIE.

La prova dell'eliminazione alcalina nell'esame della funzionalità renale.

(M. ROSENBERG e A. HELLFORS. *Münch. med. Woch.*, 3 giugno 1927).

Tre sono i metodi attualmente in uso in clinica per l'esame della funzionalità renale: 1) la prova dell'acqua; 2) quella di concentrazione e 3) la ricerca nel sangue delle scorie albuminoidi (urea, azoto residuo, indacano, creatinina). Gli altri metodi, che pure servono in certi casi per lo studio di tale funzionalità (eliminazione di sostanze estranee all'organismo, diete speciali blande od eccitanti la funzione renale) non si sono diffusi nella clinica medica per diverse ragioni.

Per quanto riguarda i tre accennati metodi generali, si osserva che l'innalzamento dei valori dei residui albuminoidi nel sangue indica un'insufficienza renale, quando naturalmente siano escluse altre cause di distruzione dell'albumina. Ma può accadere che vi sia un disturbo della funzione renale, pure avendosi basse cifre dei valori residui ed in tal caso si rendono necessarie la prova dell'acqua e quella di concentrazione, le quali hanno però lo svantaggio di richiedere almeno 2-3 giorni.

Appunto per ottenere più sollecitamente i dati necessari, Ambard introdusse l'uso della costante, che va sotto il suo nome. Ma, prescindendo anche dall'attendibilità dei concetti teorici, che stanno alla base della costante di Ambard e considerandola soltanto dal punto di vista pratico, è un fatto che essa diventa utilizzabile solamente con valori di 0,14-0,15, cioè in casi in cui i resti albuminoidi nel sangue sono già chiaramente elevati.

Gli AA. propongono quindi un metodo, basato sulla determinazione del pH urinario e sulle modificazioni che esso subisce con l'ingestione di acidi e di alcali. Il metodo è stato dapprima studiato da Rehn-Günzburg e poi da altri e viene usato dagli AA. con le seguenti modalità.

Si lascia il malato per 48 ore senza nessun rimedio (che potrebbe influire sul pH urinario). Al mattino, dopo svuotamento della vescica, si fanno bere 400 cmc. di acqua con 20-30 gocce di acido cloridrico diluito (medicinale). Si fa poi svuotare la vescica ogni quarto d'ora-mezz'ora e, dopo 2 ore, si fanno ingerire 20 grammi di bicarbonato di sodio in 400 cmc. di acqua, raccogliendo poi l'urina ogni quarto d'ora. Nei singoli campioni, si determina poi il pH con il metodo di Michaelis (bastano 2-4 cmc. per ogni campione).

Si può fare l'obbiezione che, specialmente per le donne, è difficile fare urinare ogni quarto d'ora; in tal caso si farà urinare ogni mezz'ora senza che, per questo, le determinazioni perdano di precisione. Più seria è l'altra obbiezione che nella insufficienza notevole renale e negli attacchi acuti, si ha difficoltà ad ottenere l'urina, poichè tali malati sono quasi anurici. In tali casi però, si hanno valori elevati delle scorie albuminoidi nel sangue, mentre il metodo degli AA. è riservato ai casi di lieve insufficienza renale.

Dalle esperienze degli AA. risulta che negli individui senza alterazioni renali, la curva del pH subisce un regolare innalzamento dopo la carica alcalina, mentre si abbassa irregolarmente o non dà valori significativi, dopo la carica acida. Perciò risulta inutile la determinazione del pH nelle urine dopo la somministrazione dell'acido, il quale però va dato ugualmente allo scopo di iniziare poi la prova con l'alcali, partendo dai più bassi valori del pH.

Negli individui con reni sani, la curva del pH raggiunge il massimo entro due ore dalla somministrazione dell'alcali, con valori inferiori a 8,0. Nessuna influenza esercitano le malattie gastro-intestinali (ulcera, carcinoma).

Negli individui con malattia renale, ma senza disturbi della funzionalità, si hanno pure valori non minori di 8,0, ma va notato che anche in essi risulta normale la prova dell'acqua e quella della concentrazione nonchè la determinazione delle scorie albuminoidi nel sangue. Interessante è un caso in cui la prova dell'acqua dimostrava una lieve insufficienza (si trattava di una nefrite acuta in un bambino) ed il pH era soltanto di 0,1 inferiore ad 8,0. Si ebbe rapidamente guarigione

Interessante è pure il comportamento della prova nelle nefrosi. Secondo i concetti moderni, se lo sviluppo di edema è dovuto a cause extra renali, il rene si comporta come se fosse normale, anche se l'edema è forte. E, di fatto, si ebbero valori di pH oltre 8,0; ciò è importante perchè in questi casi, le prove dell'acqua e della concentrazione falliscono.

Nei veri renali, poi tutti i malati con disturbate prove dell'acqua e della concentrazione mostrano disturbi anche dell'eliminazione alcalina, anche se i residui albuminoidi nel sangue non danno valori elevati. In tutti, il pH si mantiene al disotto di 8,0. Notevolmente abbassato (anche fino a 5,5) si dimostra poi quando si hanno valori elevati dei residui albuminoidi nel sangue. La curva del pH tende ad appiattirsi sempre più, giungendo soltanto a differenze di 0,2; vi è cioè una specie di fissazione del pH, come vi è quella del peso specifico negli insufficienti.

Questa prova ha dunque il grande vantaggio della rapidità (2 ore) unita alla precisione. Il suo dominio coincide con quello delle prove dell'acqua e della concentrazione; si possono quindi scoprire mediante essa delle insufficienze renali in un momento in cui non si ha ancora innalzamento delle scorie albuminoidee nel sangue.

FILIPPINI.

Un fattore etiologico spesso sconosciuto delle nefriti mediche: il restringimento uretrale latente.

(L. BOUCHUT e P. P. RAVAULT. *Le Journal de Médecine de Lyon*, 1927, n. 178).

Da molto tempo sono bene conosciute la anatomia patologica e la patogenesi delle affezioni renali dei ristretti.

Ogni ostacolo al deflusso dell'orina provoca anzitutto una iperpressione a monte di esso, che fa risentire i suoi effetti su tutto l'apparato urinario. Ne segue una dilatazione della vescica, degli ureteri, del bacinetto e dei calici.

Le funzioni renali ne restano pure turbate: il potere di concentrazione si abbassa, restano modificate la eliminazione dell'acqua e dei cloruri, l'urea cresce nel sangue e la costante ureo-secretoria sale.

A fianco della ritenzione interviene un poco più tardi, un secondo fattore: la infezione la quale

se è poco virulenta conduce ad una nefrite sclerotica, se lo è in maggior grado è causa della nefrite suppurata classica.

Queste lesioni rientrano nel dominio della urologia chirurgica e lo specialista, in simili casi, ricorrerà per avere qualche lume prognostico all'esplorazione funzionale dei reni.

Gli AA. si occupano invece nel loro lavoro di un punto di vista affatto differente, quello cioè del medico che, trovandosi di fronte ad una sindrome di insufficienza renale la cui causa gli sfugge, è condotto a riferirla ad un restringimento uretrale sconosciuto.

Alla base di questa loro tesi pongono tre osservazioni che ampiamente descrivono e discutono.

Nel primo caso si trattava di un uomo di 59 anni con sindrome di nefrite cronica cominciata con l'andamento di una nefrite acuta. Il p. presentava ematurie a ripetizione, albuminuria, edemi generalizzati, ipertensione senza risentimento del cuore, non azotemia notevole. Dopo circa tre mesi gli edemi erano scomparsi, persistevano però le ematurie, onde si mandò il malato in clinica urologica e quivi gli fu riscontrato: restringimento uretrale considerevole, distensione della vescica che era infetta e probabile nefrite ascendente. Il p. fu sottoposto a dilatazioni uretrali ed a lavaggi vescicali: rapidamente cominciò a migliorare e continuò a migliorare anche dopo uscito dall'ospedale. Dopo tre anni la pressione arteriosa era notevolmente abbassata, non aveva più ematurie; residuava lieve azotemia e piuria.

La seconda osservazione concerneva un uomo di 63 anni con sindrome di nefrite subacuta con albuminuria, ematurie incessanti, lieve ipertensione senza risentimento cardiaco manifesto. Si notavano edemi ed anasarca; l'azotemia era poco intensa, ma persistente; non piuria, non disturbi della minzione.

Poichè, nonostante adatto trattamento, le ematurie non accennavano a voler cessare, fu praticato al p. un esame urologico che rivelò la presenza di restringimenti uretrali multipli e notevoli, che non avevano mai dato disturbo alcuno al malato.

Questi fu sottoposto a dilatazioni uretrali, che furono sospese per l'insorgere di una polmonite che uccise rapidamente il p.

Il reperto di autopsia fu il seguente: nefrite interstiziale cronica con poussée infiammatoria subacuta. Lieve dilatazione vescicale, senza modificazioni degli ureteri e dei bacinetti.

Nella terza osservazione si trattava di un uomo di 64 anni con sindrome di nefrite cronica con azotemia mediocre, iniziata con attacco di nefrite edematosa subacuta. Nelle orine vi era pus ed anche sangue ma in piccola quantità. L'esame urologico praticato in vista della piuria, rivelò un restringimento uretrale antico e che non dava alcun disturbo. Il malato poco dopo morì di cancro dello stomaco. L'autopsia mostrò nefrite sclerosa senza infezione uretero-pielo-vescicale. Non distensione dell'apparato urinario sopra il restringimento.

In questi tre malati, tutto faceva pensare ad una nefrite primitiva: l'inizio con sintomi di nefrite subacuta idropigena, le ematurie a ripetizione, la moderata azotemia, la costante ipertensione. Si trattava invece di affezione renale secondaria al restringimento uretrale latente. Contro l'ipotesi che potesse trattarsi di pura coincidenza sta il miglioramento indiscutibile dei sintomi renali ottenuto nel primo caso con la dilatazione dell'uretra.

Concludendo gli AA. propendono a credere che un certo numero delle nefriti che si presentano al medico, è causato dai restringimenti uretrali; consigliano di esaminare le vie urinarie inferiori in tutti quei malati di nefrite cronica la cui causa è poco evidente. Si può così sperare, curando gli eventuali restringimenti uretrali, di far regredire i sintomi renali e migliorare così la prognosi di certe forme considerate come morbo di Bright ad evoluzione fatale.

VICENTINI.

Nefrite parapneumonica a forma ematurica.

(E. LIBERT e M. BARIETY. *Paris médical*, 12 febbraio 1927).

Un giovane di 25 anni è ricoverato all'ospedale e presenta dispnea, sudore, aspetto prostrato, temperatura a 40°, polso a 96, lingua saburrale Era stato bene fino a due giorni prima, quando bruscamente venne preso da brivido e cefalea, tosse ed espettorazione. Questa è rugginosa, sanguinolenta, con molti pneumococchi. All'esame dei polmoni, si riscontra un focolaio alla base destra e qualche rantolo sottocrepitante fino a sinistra.

Le urine erano francamente ematuriche, con emazie, cilindri granulosi ed ematici, numerosi pneumococchi. Il malato si lamentava altresì di costipazione ostinata, ventre teso e doloroso, specialmente verso l'ipocondrio destro. Emocoltura negativa.

La sindrome azotemica si traduceva con una cifra elevata dell'urea sanguigna 2,12 ‰. La sindrome cardio-vascolare si manifestava con tensione di 17-8 al Pachon. Più discreta era la sindrome di ritenzione clorurata.

Il trattamento consistette in impacchi freddi

del torace ed in iniezioni sottocutanee di siero antipneumococcico.

La polmonite guarì rapidamente, mentre l'evoluzione della nefrite si trascinò a lungo con azotemia tenace. Soltanto dopo oltre un mese, si ebbe poliuria, che raggiunse fino a 4 litri in una giornata. Assai persistente fu anche la sindrome cardiovascolare.

La natura pneumococcica della nefrite in questo individuo non può esser messa in dubbio; la presenza dei pneumococchi nell'urina ne dà la prova. Sebbene il malato avesse sofferto di coxalgia nell'adolescenza, ciò che poteva far pensare ad un'origine tubercolare della nefrite, la ricerca dei bacilli di Koch negli sputi e nelle urine fu negativa. Del resto l'esistenza di una nefrite pneumococcica è nota; in generale però l'ematuria non è rivelabile macroscopicamente. La nefrite ematurica si osserva, non soltanto durante le polmoniti, ma anche nelle setticemie pneumococciche senza localizzazione polmonare. È una vera nefrite da eliminazione, come lo dimostra la presenza di pneumococchi nelle urine.

Nel malato in esame è stata rilevata inoltre l'esistenza di una sindrome addominale, caratterizzata dalla costipazione, dal meteorismo e dal dolore alla pressione nell'ipocondrio destro.

È importante riconoscere tale sindrome nelle infezioni da pneumococco, poichè essa può essere l'origine di errori di diagnosi.

Un altro tratto importante nella nefrite di questo malato è stata la notevole ritenzione azotata, con una cifra elevata di azotemia e la durata della ritenzione ureica. Questa azotemia è proprio la caratteristica della nefrite para-pneumonica, mentre non si ha mai una nefrite idropigena che si inizii durante una pneumonite.

Ben differenti sono invece le nefriti acute, subacute o croniche consecutive alla polmonite; si tratta in questi casi di nefriti ad attacchi successivi, in cui l'edema è spesso il sintoma predominante.

All'azotemia era da attribuirsi il torpore che si osservava nel malato degli AA. Questi però non hanno rilevata nessuna azione ipotermizzante dell'azotemia, su cui hanno invece insistito altri autori.

È anche da rilevarsi in questo malato il ristabilirsi progressivo di un funzionamento renale soddisfacente, pure rendendosi necessaria una accurata sorveglianza del rene per accertare se non persista un leggero deficit.

FILIPPINI.

ORGANI DIGERENTI.

Ematemesi.

(C. MILLER. *Brit. Med. Journ.*, 5 marzo 1927).

L'emorragia dalla parete dello stomaco è una evenienza molto frequente nelle ulceri di detto organo, ma con ciò non vuol dirsi che essa sia un sintoma costante ed esclusivo dell'affezione stessa. Vi sono ulceri gastriche croniche che decorrono per anni ed anni senza dar luogo ad alcun gemizio di sangue, come vi sono altre condizioni morbose che possono provocare l'ematemesi.

Come principio generale si può affermare che l'emorragia si verifica quando vi è una lesione della parete gastrica, e che la lesione che più frequentemente la provoca è l'ulcera.

La parete dello stomaco è riccamente irrorata di sangue ed allo stato vivente ha l'aspetto di un velluto roseo. Essa perde facilmente sangue alla minima lesione, alla più leggera scalfittura. Non appena la mucosa è lesa per qualsiasi ragione, essa è attaccata rapidamente dal succo gastrico, che la digerisce, la erode, i vasi si rompono e si ha l'emorragia. In conseguenza ogni trauma locale può direttamente produrre ematemesi: un vomito violento, il passaggio di una sonda nello stomaco, un colpo sull'epigastrio possono provocare emorragia dallo stomaco, anche se questo è completamente indenne, ed un trauma più grave può produrre una lesione tale che si trasforma successivamente in ulcera. Ma l'ematemesi è ordinariamente una conseguenza della digestione della mucosa e degli strati più profondi dello stomaco da parte del succo gastrico.

Oltre che dai traumi la parete gastrica può essere danneggiata, con la conseguente emissione di sangue, dai veleni corrosivi e da tutte quelle condizioni che provocano l'arresto della circolazione sanguigna in un territorio più o meno esteso dello stomaco.

Nella stenosi mitralica quando, come evento terminale, si ha la produzione di emboli auricolari, questi trasportati dalla corrente sanguigna possono raggiungere i vasi dello stomaco con il conseguente infarto. Questo viene rapidamente digerito dal succo gastrico e si ha abbondante emorragia, che può costituire l'episodio terminale della malattia. Alla necroscopia di questi pazienti talvolta si trova lo stomaco pieno di sangue.

Anche nell'endocardite progressiva si può avere ematemesi con il medesimo meccanismo aggravata dal fatto che gli emboli sono carichi di microrganismi, che possono provocare un'infiammazione acuta locale.

L'occlusione delle vene può dare effetti analoghi.

Nella tubercolosi miliare generale i tubercoli prodottisi sulla parete gastrica sono rapidamente digeriti e conseguentemente si possono avere emorragie puntiformi.

È ben noto come la cirrosi ed altre condizioni che producono congestione portale, possono essere causa di ematemesi Questa si può spiegare con la rottura di vene eccessivamente dilatate dalla stasi, ma è più probabile che il disturbo circolatorio e quindi nutritivo determini l'autodigestione della mucosa e in conseguenza l'ulcera, che in effetti è una complicazione tutt'altro che rara della cirrosi epatica.

L'ipertensione vasale può provocare emorragie da parte dello stomaco allo stesso modo che produce emorragie nasali e cerebrali.

Le affezioni essenziali del sangue sono non raramente accompagnate da ematemesi.

La sifilide come causa di ulcera gastrica, evenienza più frequente di quel che generalmente si crede, e come causa di lesioni vasali, può provocare emorragie da parte dello stomaco.

Ma l'affezione che più frequentemente provoca l'ematemesi, se se ne eccettua la cirrosi epatica, è l'ulcera gastrica. Nelle forme croniche si può avere erosione, da parte del succo gastrico, di un vaso di un certo calibro sulla base o sulle pareti dell'ulcera. Ciò si verifica più comunemente nelle ulceri della piccola curvatura aderenti al pancreas. In tal caso sul pavimento dell'ulcera può trovarsi la vena splenica, la cui rottura provoca abbondanti emorragie.

Lo stesso meccanismo di produzione ha l'ematemesi del cancro gastrico. Questo contiene molto tessuto in parte necrotizzato che viene rapidamente digerito, donde vaste ulcerazioni e le conseguenti lesioni vasali. Di solito però le emorragie sono molto meno abbondanti di quelle provocate dall'ulcera gastrica cronica.

La metà dei casi di ematemesi o di melena ammessi in ospedali sono dovuti ad ulcere gastriche acute. Ma è pur vero che una certa parte di queste diagnosi non trovano conferma all'intervento operatorio. Talvolta, anche in casi di emorragie abbondanti e ripetute, non si riscontra la ben che minima alterazione. Ciò dimostrerebbe che piccolissime ulcere rapidamente formatesi per azione del succo gastrico, sono subito chiuse dalla contrazione dello strato muscolare sottostante.

La condizione per la quale si hanno emorragie gastriche senza evidenti ulcerazioni e senza punti sanguinanti è stata chiamata gastrostaxi. Tale condizione per la quale si determinano piccole e fugaci erosioni della mucosa è stata messa in rapporto con alterazioni del tessuto linfatico dello stomaco, tanto più che queste minutissime erosioni sono state talvolta viste in corrispondenza dei punti dove detto tessuto è più spesso, cioè lungo la piccola curvatura e la parte distale dello stomaco. Il tessuto linfatico infiammato per l'azione di agenti infettivi provenienti da parti diverse ma specialmente dalla bocca, induce alterazioni secondarie della mucosa, che così diventa facile preda del succo gastrico, donde le emorragie.

Ciò ci dà ragione della non rara coincidenza di ematemesi con la colecistite e l'appendicite, anche senza la coesistenza di ulcerazioni gastriche. Le relazioni patologiche tra stomaco, cistifellea ed appendice sono ben note e la casistica clinica insegna che ben raramente si ha un'affezione di uno di tali organi senza ripercussioni sugli altri due. Esistono vie linfatiche che mettono in comunicazione gli organi stessi.

Quando in conseguenza di una colecistite o di una appendicite si ha un'alterazione dello stomaco tale da condurre all'emorragia, non si può ammettere un semplice disordine funzionale da affezioni extragastriche, ma una vera lesione dei tessuti prodotta dalla diffusione del processo infiammatorio.

Anche nella stasi intestinale con ptosi o altri disordini di situazione dei visceri possono provocare ulcerazioni gastriche ed ematemesi.

Sta di fatto che l'ematemesi è prevalentemente legata all'ulcera gastrica, ma non è ancora stabilito fino a qual punto quest'affezione dipenda da disturbi di altre parti del sistema digerente. L'ulcera può essere grande o piccola, cronica o acuta, ma nella maggioranza dei casi segue ad infezioni ed infiammazioni, che possono avere il loro punto di origine lontano dallo stomaco.

Il trattamento d'una emorragia gastrica deve innanzi tutto essere indirizzato ad arrestarla e ad impedire il suo ripetersi. Il problema della cura intesa ad eliminare il processo causale deve essere posto in secondo tempo.

Il paziente deve essere messo in condizione di assoluto riposo e tranquillità. Al riguardo oltre le condizioni ambientali e di posizione, gioveranno iniezioni di morfina ed occorrendo di scopolamina. L'eventuale collasso non deve essere combattuto con eccitanti energici: in qualche caso il collasso impedisce il ripetersi dell'emorragia. Nei casi gravi si praticherà la trasfusione e s'interverrà chirurgicamente.

Provveduto ai primi soccorsi si affronterà il problema diagnostico. Al riguardo potranno dare utili elementi di giudizio l'età, i disturbi precedentemente sofferti dal paziente, nonchè l'indagine intesa ad accertare la sede e le modalità dell'eventuale dolore. Quando si abbia sospetto

di ulcera gastrica o duodenale cronica deve essere consultato un chirurgo non per l'intervento immediato, ma perchè egli possa essere in grado di apprezzare le successive modificazioni dell'infermità. Qualora l'emorragia si ripeta spesso c'è sospetto di lesione da grossi vasi come la vena splenica, ed allora s'impone la trasfusione e l'intervento. Ma nella maggioranza dei casi l'ematemesi dell'ulcera gastrica si arresta senza l'aiuto del chirurgo.

Oltre la morfina di cui già si è fatto cenno si può somministrare l'atropina allo scopo di diminuire la secrezione gastrica, il carbonato di magnesia, di soda, di calcio ed il bismuto allo scopo di neutralizzare l'acidità gastrica o di impedire che essa attacchi la mucosa dello stomaco, o come emostatici. A quest'ultimo scopo oltre la somministrazione di calcio, si può tentare l'iniezione di siero di cavallo e l'applicazione di suppositori di glicerina.

L'alimentazione del paziente costituisce un problema controverso. Alcuni sostengono che per 24 ore non bisogna dar nulla, neppure l'acqua. Questo periodo è forse troppo lungo: se l'emorragia non si ripete dopo 12 ore si può cominciare a nutrire il paziente sia allo scopo di non debilitarne troppo le forze sia per fissare il succo gastrico. Gli alimenti e gli alcalini riducono l'acidità di quest'ultimo, ma nello stesso tempo ne eccitano la secrezione, per modo che per avere una costante neutralizzazione bisogna alternativamente somministrare sostanze alimentari ed alcalini. DR.

Il megaesofago.

(A. SARGNON. *Archives Franco-Belges de Chirurgie*, n. 7, 1926).

Dopo aver rapidamente accennato al come sino a qualche tempo fa il megaesofago fosse considerato una affezione molto rara ed anzi quasi sempre un reperto d'autopsia, ricorda come a Morgagni risalga il primo accenno ad un caso, ma è soltanto nel 1877 (Zenker) che si prospetta con esattezza e si descrive una grande dilatazione dell'esofago.

Con il rapido progredire dell'indagine radiologica i lavori ed i casi si sono moltiplicati e presentano, oggi, un notevole interesse.

Della malattia descrive tre fasi: 1) il periodo d'inizio; 2) il periodo di stato; 3) il periodo tardivo o delle complicanze.

1) Il primo periodo è sovente molto lungo (tanto che difficilmente il malato può precisarne l'inizio). I disturbi s'iniziano sovente verso l'adolescenza (70.5 ‰ dei casi). L'inizio è insidioso: leggeri dolori, disfagia esofagea, dolori lievi alla regione cardio-diaframmatica, sensazione di arresto. Raramente un inizio brusco. Quando la disfagia si fa permanente si entra nel secondo periodo (di stato). Questo periodo è caratterizzato da 4 gruppi di segni.

1) *Segni fisici*: ispezione: dilataz. venosa, esagerazione del volume del collo; percussione torace posteriore, ipofonesi spina scapola e colonna vertebrale;

2) *Segni cardinali*: 1) disfagia e rigurgito; 2) radioscopia con insufflaz.; 3) radiografia; 4) cateterismo esploratore, evacuatore, alimentare: non sempre consigliabile con 5) esofagoscopia (mai farla prima che la radiografia abbia assicurata la esistenza di una ectasia aortica);

3) *Periodo tardivo o delle complicanze*: Complicanze: d'ord. meccanico: compressione della trachea, del sistema vascolare, nervose (ricorrente); d'ord. infiamm.: crisi spasmodiche; complicaz. neoplastiche, trasformaz. neoplastiche.

La morte avviene per complicaz. infettive mediastiniche.

Forme cliniche:

1) megaesofago infantile;

2) megaesofago dell'adulto.

Il primo è assai raro e presenta gli stessi caratteri dell'altro.

Diagnosi differenziale. Nel periodo di stato con:

a) Malattie non esofagee: 1) dilataz. gastrica consecutiva a stenosi pilorica; 2) ulcere dello stomaco intracardiache; 3) certi cancri dello stomaco (cardiaci o sottocardiaci); 4) casi di stomaco intratoracico (anomalia).

b) Malattie esofagee estrinseche esofagee: mediastiniti croniche, aneurisma dell'aorta toracica nella sua parte superiore.

Intrinseche. Lesioni sclerosanti traumatiche, sclerosanti infiammatorie, nervose, neoplastiche. Interessa specialmente la diagnosi differenziale fra stenosi congenita infantile, la stenosi membranoide ed il megaesofago essenziale, e questi ed i diverticoli.

Anat. pat.

Sede: toracica.

Dimensioni: mass. 11,5 cent.; tipico allungamento.

Forma fusiforme.

La parete da 2 mill. a 4 o 6 mill.

Istologicamente: ipertrofia e desquamazione.

Etiologia: *sesso*: non ha importanza, più presi gli uomini; *età*: inizio nell'infanzia e nella giovinezza. *Cause occasionali locali*: alimenti troppo caldi, bibite ghiacciate, alterazioni della mucosa, boli alimentari poco masticati, tutte le lesioni infiammatorie dell'esofago. *Cause locali iuxta esofagee*: lesioni dell'aorta, mediastinica sifilitica,

lesioni bacillari, pleuriche, polmonari, tubercolosi secondaria, lesioni dello stomaco e dell'intestino. *Cause generali*: influenza nervosa, spasmi riflessi partenti dal naso, isterismo, disturbi psichici.

Teorie. Atassia muscolare, abbandonata poichè la contrattilità in esofago normale è uguale megaesofago.

T. del cardiospasmo. Considerato dapprima come primitivo, essenziale dopo secondario a fenomeni infiammatorii cardio diaframmatici. Questa teoria ha contro i molti casi operati o di autopsia, ove non esistono lesioni diaframmatiche.

T. nervosa. Spasmo ed atonia muscolare combinate con lesioni del pneumogastrico.

T. del funzionamento difettoso del cardias.

T. per turbamento del sistema nervoso vegetativo.

T. congenitale. Ammette una malformazione congenita del tessuto. Analogia col megaretto, megacolon, ecc. Si basa sulla differenza dei caratteri del megaesofago con i caratteri delle dilatazioni organiche, cicatriziali e neoplastiche.

Trattamento. Medico generale: rialzare lo stato generale e trattare lo stato nervoso (idroterapia). Medico locale: regime: liquidi, purées, non tabacco, specie alcool e vino. Masticazione accurata. Lavaggi della tasca con sonde e acqua alcalina. Introduzione nell'esofago di 30 cmc. di olio caldo. Alimentazione rettale, nelle crisi, se del caso, gastrostomia.

Trattamento chirurgico interno. Elettricità intraesofagea con corrente ad alta frequenza. Elettrosi e faradizzazione, dilatazione permanente con caucciù, sonde ad aria, lasciandovi il dilatatore in certo tempo e non frequentemente. Nel secondo periodo spesso s'impone la gastrostomia con dilatazione retrograda digitale, con pinze, ecc.

Interventi esterni. Palliativi: gastrostomia di urgenza sarebbe bene praticarla a crisi passata quando il malato non ha febbre perchè sovente la crisi disfagica s'accompagna a fenomeni di bronchite.

Raccomandata l'anestesia locale.

Metodi curativi. Esofagoplicatio (Jaffè) in tre tempi. Dapprima fistola gastrica. Dopo 3 settimane resezione 4ª-5ª-6ª-7ª costola dalla quale si scopre l'esofago e si incide una striscia di 15 cm. di lunghezza su 2 o 3 cm. di larghezza.

Anastomosi collo scopo di unire l'esofago troppo lungo allo stomaco in modo da accorciarlo.

Gastrostomia, anastomosi esofago-gastrica fra la porzione dilatata dell'esofago e la grossa tuberosità dello stomaco. Altri fanno l'*esofagogastrostomia sottodiaframmatica*.

Cardiectomia con esofagogastrostomia. Operazione molto grave da riservarsi ai casi disperati

Esofagoplastica o cardioplastica extramucosa.

FILIPPA.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

PERUZZI M. *Compendio di Anatomia Patologica generale e sistematica*. Milano, U. Hoepli, 1927. L. 58.

Fa parte della collezione dei Manuali Hoepli e costituisce un volume di oltre 1000 pagine, dedicato, come l'A. accenna chiaramente nella sua prefazione, agli studenti. Ma io credo che non solo gli studenti potranno trarre non poca utilità dallo studio di questo compendio, ma anche i medici, chè sono in esso raccolte e chiaramente esposte quelle nozioni di anatomia patologica generale e speciale che devono essere di comune e generale conoscenza.

Se questo volume è utile guida allo studente, costituendo una ottima preparazione a più dettagliati studi di anatomia patologica, esso rappresenta per altro un riassunto di tutte quelle cognizioni che sono indispensabili ai medici tutti.

Non poca parte nella compilazione di questo compendio ha avuto la larga esperienza personale dell'A.

Il testo è corredato di 225 nitidissime illustrazioni originali, opera essa pure dell'A.

TRENTI.

F. V. HERRENSCHWAND. *Die pathogenen Mikroorganismen des Auges*. Ed. Urban e Schwarzenberg. Berlino-Vienna, 1927. Mk. 1.

È un libro che non vuole avere la pretesa di fare la concorrenza alla classica Batteriologia oculare di Axenfeld, ma di esporre in forma piana tutto ciò che si conosce sui batteri patogeni dell'occhio, in modo che il lettore possa orientarsi facilmente e riconoscere subito un dato microrganismo. Il lavoro è diviso in tre parti: la prima riguarda la morfologia e la biologia generale dei batteri; la seconda, che è la parte speciale più vasta e più estesa, si occupa dei microrganismi che danno malattie oculari negli uomini e negli animali (pur non trascurando quelle forme morbose il cui germe è ancora ignoto), e la terza riguarda la tecnica per la scelta del materiale, la cultura, la colorazione, l'esame, ecc.

È interessante notare che l'A. ha tenuto conto di tutta la bibliografia sino al 1926, ed ha dato perciò un lavoro sufficientemente completo: sono numerose le citazioni anche di autori italiani, che purtroppo sono spesso trascurati dagli stranieri, e gli argomenti sono tutti trattati esaurientemente. È evidente che in alcune malattie l'A. non ha potuto trarre conclusioni definitive, come per es. sui corpuscoli del Prowazek nel tracoma,

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

allo stesso modo come nell'oftalmite simpatica, nell'erpes zoster, nella varicella, ecc., dove non si è dimostrato ancora il germe specifico e la via di trasmissione.

Comunque, allo stato attuale delle cognizioni, il lavoro è completo ed i singoli capitoli esauriscono l'argomento. Il lavoro, che è corredato di numerose figure e di 12 tavole colorate fuori testo, si fa leggere con piacere e dà una cognizione abbastanza esatta di tutta la batteriologia oculare. MEZZATESTA.

LOISET. *Vade-mecum de Parasitologie.* Un vol. in-16, di p. 153. Parigi, 1927, Librairie Le François (Boulev. St. Germain 91). Prezzo fr. 12.

È un libro pratico, il quale condensa le lezioni tenute dall'A. nel suo corso di parassitologia presso l'Università di Lilla. È caratterizzato dalla concisione congiunta alla chiarezza, dall'erudizione che si associa alla scelta delle sole nozioni più sicure e precise. Comprende 5 parti: treponemi e spirocheti; protozoi; elminti; artropodi; miceti. Ogni parte è preceduta da un quadro sinottico il quale definisce i caratteri essenziali di ogni gruppo e di ogni specie. Lo stile telegrafico mette meglio in rilievo le nozioni raccolte. Indovinate disposizioni tipografiche e un indice accurato consentono di orientarsi con facilità tra il groviglio delle classificazioni e della nomenclatura.

R. B.

STORIA DELLA MEDICINA

Michele Bergonzoni.

Il dott. A. Casarini, quale omaggio al Corpo sanitario militare polacco, in occasione del IV Congresso Internazionale di medicina e farmacia militare adunatosi a Varsavia, rievoca, nel *Giornale di medicina militare* (n. 7, 1927) di cui è direttore, in forma vivace e limpida, alcuni medici italiani che furono chiamati ed accolti fraternamente in Polonia: Giovanni de Sakis, da Pavia; Giovanni Andrea de Valentinis, da Modena; Giacomo Zofo, da Bari; Valentino Fontana, da Milano; Giorgio Blandrata, da Saluzzo; Nicola Buccelli, da Padova; Simone Simoni, da Lucca; Camillo Squarcialupi, da Piombino; Menabeni, da Milano; Francesco Manadoni, da Firenze; Girolamo Pinocci, da Lucca, e sovratutto Michele Bergonzoni, che fu per ben due volte instauratore del Corpo sanitario militare polacco.

Nacque a Bologna il 6 settembre 1748. Trasferitosi a Lublino e poi a Varsavia, per i suoi meriti universalmente conosciuti gli venne affidato l'insegnamento delle istituzioni chirurgiche nell'Università e la direzione della Scuola chirurgica, e più tardi fu incaricato di riorganizzare il servizio sanitario e nominato generale medico capo dell'esercito polacco. Per le alte sue benemerenze gli fu conferito il diploma di nobiltà. In tal modo egli, dotato di instancabile attività e grande competenza, si mise ben presto all'opera, apportando radicali e sapienti innovazioni. La nuova organizzazione del servizio sanitario militare non tardò ad essere messa alla prova e diede subito i buoni frutti desiderati nella guerra contro la Russia nel 1792.

Nel 1795, dopo la perdita definitiva dell'indipendenza della Polonia, Bergonzoni non abbandonò Varsavia, e non solo si dedicò con rinnovato ardore all'esercizio professionale, ma, affrontando contrarietà di ogni sorta, diede opera attiva a promuovere il risveglio degli studi in Polonia, e quando nel 1800 fu fondata in Varsavia la Società degli amici delle scienze, egli fu uno dei primi ad iscriversi: e poco dopo fu eletto presidente della sezione di scienze fisico-matematiche, che comprendeva anche la medicina, carica che egli tenne con plauso fino agli ultimi giorni di sua vita. E con entusiasmo egli partecipava ai lavori. Si fece strenuo propugnatore della vaccinazione antivaiolosa, che stentatamente si faceva allora strada, fra diffidenze ed opposizioni di ogni sorta.

Dopo le vittorie napoleoniche col trattato di Tilsit del luglio 1807 fu creato il granducato di Varsavia; in quello stesso anno il Bergonzoni, per le sue indiscusse benemerenze come medico e come riorganizzatore del Corpo sanitario, fu dal Ministro della guerra nominato ispettore generale e protomedico dell'esercito polacco, e per la seconda volta ebbe l'incarico di sistemare tutti i vari servizi. Questo difficile mandato fu dal Bergonzoni assolto nel modo più lodevole.

Anche fuori dell'esercito egli continuò ad esplicare la sua opera altamente umanitaria.

Nei 44 anni trascorsi in Polonia, il Bergonzoni dedicò alla sua seconda patria non solo tutto il suo ingegno e tutta la sua operosità, ma non esitò a dare due suoi figli in olocausto alla terra prediletta, i quali, combattendo da prodi in difesa della libertà e della giustizia, caddero sul campo dell'onore nel fiore degli anni.

Amato da tutti come scienziato e come cittadino, trascorse gli ultimi anni tranquilli nell'intimità della famiglia, tra gli amici e gli studi prediletti, non risparmiandosi di aiutare disinteressatamente fino all'ultimo con il consiglio e con l'assistenza in persona gli infermi dell'ospedale e quanti accorrevano a lui, fiduciosi del suo ingegno e della sua esperienza. Si spense sere-

namente a 71 anni in Varsavia il 5 marzo del 1819.

La salma venne trasportata, con tutti gli onori dovuti al grado, alla chiesa parrocchiale di Santa Croce, tempio monumentale famoso perchè nella cripta vi è inumato il cuore di Chopin.

Delle opere, non molto numerose, di Michele Bergonzoni va ricordata anzitutto quella intitolata « Dell'educazione letteraria e scientifica del medico pratico » edita in Bologna.

Egli si dedicò pure con passione ai lavori letterari.

Ed altri suoi scritti numerosi si conservano inediti nella biblioteca della Società dei letterati di Varsavia.

L'A. ricorda poi le glorie della Polonia, da Copernico alla Curie, da Mikulicz a Babinski, e rievoca il tributo di sangue che polacchi ed italiani hanno offerto in ogni tempo in reciproco fraterno olocausto alla comune causa di redenzione.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medico Chirurgica di Napoli.

Seduta del 1° maggio 1927.
Presidenza: prof. R. Stanziale, presidente.

La pressione del sangue nella simpatectomia periarteriosa.

Prof. Domenico Pace. — Durante la simpatectomia e subito dopo di essa la pressione arteriosa diminuisce fino quasi a raggiungere la linea dell'ascissa. Di poi risale e la elevazione graduale si protrae per quarantotto ore arrivando a fornire ipertensione persistente. Dopo di ciò ritorna un periodo di diminuzione della pressione della durata di otto o dieci giorni, dopo di che, si ritorna al normale. Conferma l'osservazione di Leriche che osservò ipertensione e ipotensione controlaterale. Tali fatti dimostrano l'esistenza di fibre centripete nell'avventizia arteriosa, e con ciò la possibilità di riflessi vasali omo e contro-laterali.

Milza plastica in un caso di anemia del tipo Banti-Griesinger.

Prof. Giovanni Castronuovo. — Presenta un individuo affetto da fibroadenia con ipersplenomegalia, grave anemia ed enterorragie. Si notano due fatti importanti, cioè notevole plasticità splenica accentuantesi dopo ogni enterroragia, e reazione di Wassermann positiva senza antecedenti famigliari e personali sospetti e senza giovamento mediante la cura specifica. Secondo l'O. la plasticità splenica potrebbe essere messa in rapporto con la natura del processo morboso cioè la fibroadenia, e le enterorragie ed ematemesi possono essere interpretate come effetto di veleni emolitici. Infine è difficile spiegare la positività della reazione di Wassermann.

Antigeno a costituzione chimica definita, specifico per la reazione di Wassermann.

Proff. Camillo Ninni e Gennaro Molinari. — Hanno identificato nel fenolo usato in soluzione alcoolica al 2% delle proprietà similari identiche a quelle dei comuni antigeni lipoidei per l'esecuzione della W.

Il vaccino Vaudremer nella cura della pitiriasi rubra pilare.

Dott. Augusto Oro. — L'O. presenta due bambini, di 7 e 8 anni, già affetti da un'eruzione cutanea generalizzata, con i caratteri della pitiriasi rubra pilare di Devergie, come si può rilevare dalle fotografie, eseguite prima della cura.

I due piccoli pazienti, eredoluetici, presentavano alla radiografia del torace « focolai nodulari d'infiltrazione dei lobi superiori ed adenopatia ilare »; la r. di v. Pirquet era +++, la r. di Besredka era rispettivamente ++ e +.

Una iniez. di tubercolina vecchia (mmgr. 0,004) provocò febbre e reazione focale accentuata: nel primo dei pazienti, anzi, ebbe inizio, subito dopo di essa, la fase eritrodermica.

Sulla base di queste constatazioni e tenendo presente la guarigione ottenuta, nel 1925, dal Gougerot, in un caso simile, con iniezioni di vaccino antitubercolare Vaudremer, l'O. ha sottoposto alla stessa cura i due pazienti. Nel primo di essi ha cominciato col Tebecin Dostal e dopo sei iniezioni è passato al v. Vaudremer, praticandone anche sei iniezioni da 1/4 di cc. a 2 cc. ed ottenendo la guarigione in 4 mesi e mezzo; nel secondo ha praticato, finora, in tre mesi e mezzo, 15 iniezioni dello stesso vaccino e 6 di tubercolina vecchia, raggiungendo la guarigione quasi completa.

I risultati ottenuti porterebbero un valido appoggio alle vedute del Milian, che, fin dal 1906, sostiene doversi la p. r. p. considerare come una tuberculide.

L'O. è d'opinione che la cura tubercolinica per avere delle probabilità di successo, debba essere iniziata precocemente, prima ancora, cioè, che si arrivi allo stato cheratosico definitivo.

A. Chistoni.

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta dell'8 aprile 1927.
Presidenza: Prof. Dionisio, Vice-Presidente.

Sulla decorticazione periarteriosa ed innesti auto- ed omoplastici di pelle.

Prof. Bertocchi. — Ha eseguito delle esperienze per constatare se la decorticazione determini favorevoli influenze allorquando si stabilisce il circolo sanguigno necessario e sufficente all'attecchimento sia auto- sia omoplastico della pelle. Egli ha praticato degli innesti negli orecchi dei conigli, previa decorticazione, da un lato, della carotide esterna; reca i risultati delle osservazioni cliniche ed istologiche ottenuti in 10 innesti

autoplastici e in 10 omoplastici ed avvenuti durante un periodo variabile tra i 5 e i 300 giorni. L'attecchimento autoplastico è sempre più sicuro, precoce e completo dal lato della decorticazione. L'innesto omoplastico invece può condurre ad un duplice risultato finale e cioè egli crede che una parte dell'innesto sia eliminata più celermente perchè la decorticazione periarteriosa determina una maggiore spinta rigenerativa; la restante parte pensa che sia trattenuta servendo di guida ad una più regolare ricostruzione del derma e forse anche di alcuni annessi epidermici.

Enuncia le conclusioni pratiche dello studio ed accenna alle possibili applicazioni in chirurgia umana.

Prof. STROPENI. — Espone brevemente un caso di *« calcolo gigante dell'uretere pelvico estratto per via paravescicale con taglio laparotomico soprapubico »*.

Il dott. BEDARIDA illustra un caso di torsione del rene in cui si potè conservare il rene, fissandolo, previa detorsione.

Seduta del 6 maggio 1927.
Presidenza: Prof. NEGRO C., Presidente.

Nuove osservazioni sul fenomeno bulbo-palpebrale ipercinetico nelle paralisi unilaterali del nervo facciale.

Prof. C. NEGRO. — Presenta un'ammalata ed illustra la sintomatologia da essa presentata. Questa dimostrazione contraddice in modo assoluto il dubbio espresso dagli AA. francesi DUVERGÉR e BARRÉ che non si tratti di un fenomeno particolare, ma di un'illusione.

Risultati di esperimenti di innesto omoplastico di pelle in topi tenuti a lungo in inanizione grave.

Prof. MORPURGO e Dott. MILONE. — Nei topi sottoposti a digiuno, gli innesti omoplastici attecchiscono per la massima parte, il che conferma il concetto che la causa della distruzione degli innesti omoplastici di pelle, dipenda principalmente da reazioni difensive analoghe a quelle immunitarie.

La reazione della pelle all'innesto omoplastico mediante il rosso-fenolo.

Dott. MILONE. — Negli animali così trattati ha notato uno stato di acidità per circa una settimana dall'operazione. Verso la fine della prima settimana la reazione ha cambiato gradatamente verso quella alcalina. Il comportamento della reazione negli innesti omoplastici di pelle è quindi uguale a quella già verificato da Peyton Rous con lo stesso metodo per i reimpianti autoplastici vigorosi.

Su due casi di carc. dimorfico della mammella.

Dott. DAL POZZO. — Descrive minutamente i quadri istologici osservati in due casi di tumore della mammella. Il primo, irradiato a lungo, operato, recidivato dopo 6 mesi, presentava un carcinoma midollare e masse di carcinoma spino-cellulare. Nel secondo caso notò la presenza di epitelio polimorfo, e fra esso, cellule isolate del tipo epidermico o raggruppate. Nelle ghiandole ascellari i gruppi epidermici erano più numerosi e vi si notavano interi zaffi del tipo epidermico e corneo. Non vi erano forme di passaggio.

Seduta del 13 maggio 1927.
Presidenza: Prof. NEGRO C., Presidente.

Sul fenomeno mio-gluteo.

Prof. ROASENDA. — Questo sintomo descritto dal NEGRO (1897) si trova nelle nevralgie e nevriti sciatiche. ROUQUIER ha descritto alla Soc. de Nevr. di Parigi, un fenomeno consimile, presentato quasi come patognomonico delle sindromi extrapiramidali. L'O. ritiene che per dare il significato che l'A. francese attribuisce al segno della natica, bisogna che egli trovi ad esso dei caratteri, che lo individualizzino e permettano di distinguerlo da quello descritto dal NEGRO nelle nevralgie e nevriti sciatiche.

Sul carcinoma mammario.
Considerazioni statistiche e cliniche.

Dott. VILLATA. — Di 231 p. operate di amputazione del seno per carcinoma della mammella nella sezione del prof. BOBBIO dal 1912 al 1925 compreso, ha potuto avere i risultati definitivi di 135 ammalate. Le conclusioni a cui arriva sono le seguenti: 1) il neoplasma del seno di destra prevale di gran lunga su quello di sinistra; 2) il carcinoma ulcerato del seno dà una percentuale di mortalità postoperatoria molto elevato, mentre quello aderente alla cute dà recidive a breve scadenza; 3) il neoplasma compare più frequentemente tra il 46° e 50° anno di età; 4) molte p. si presentano troppo tardi all'intervento; occorrerebbe sottoporre le p. anche all'esame radiologico prima dell'intervento per evitare di operare delle ammalate con metastasi nella cavità endotoracica; 5) le recidive avvengono nel maggior numero dei casi nella cicatrice operatoria; 6) la massima mortalità si riscontra tra il primo e il secondo anno; essa diminuisce oltre la metà tra il secondo e terzo anno e anche più notevolmente negli anni seguenti; 7) la percentuale media delle sopravvissute oltre i tre anni dall'intervento è del 46,7 %, quella oltre i 5 anni del 27,4 %, dopo i 10 anni dell'8,3 %; 8) il tumore maligno del seno se operato allo stadio iniziale può anche essere considerato come una malattia locale; 9) le metastasi ossee sono molto sensibili alla cura irradiante, che provoca per lo meno una regressione

della tumefazione ed assicura un lungo periodo di tregua alla p.

Ricerche sulla batteriemia post-operatoria nelle operazioni asettiche.

Dott. TURCO. — Ha esaminato batteriologicamente il sangue prima e dopo l'intervento in 200 ammalati operati per le più svariate affezioni. Ha riscontrato una batteriemia nel 7% dei casi: essa quando esiste si manifesta immediatamente dopo l'intervento; 24 ore dopo l'intervento non è più possibile rilevare la presenza di germi nel sangue. Prima dell'intervento il sangue è sempre sterile: i germi trovati erano esclusivamente degli streptococchi e dei micrococchi.

Ricerche sulla temperatura cutanea nella cancrena degli arti.

Dott. ANTONIOLI. — In sette casi di cancrena degli arti inferiori da insufficenza di circolazione, ha trovato nel segmento d'arto soprastante ai tessuti necrotici, un notevole rialzo della temperatura cutanea in una zona più o meno circoscritta, che all'esame operatorio e all'esame anatomico diretto si trova corrispondere alla zona di reazione infiammatoria acuta di demarcazione fra i tessuti sani e i tessuti necrotici. La ricerca di questa zona di ipertermia cutanea locale può avere notevole importanza per il chirurgo, che e con questo mezzo guidato sulla zona di demarcazione della cangrena e quindi sull'altezza a cui si può praticare l'amputazione.

Seduta del 20 maggio 1927.

Presidenza: Prof. NEGRO C., Presidente.

L'esame funzionale della corda del timpano mediante lo stimolo elettrico (anode) a livello della colonna cervicale.

Prof. G. ROASENDA. — Porta nuovi contributi riguardanti questo metodo di esame, da lui trovato e già pubblicato nel « Policlinico » (sezione chirurgica) del 1922 e sulla « Revue Neurologique » 1925, e che dimostrano l'utilità di questo esame.

Sui fenoli liberi e coniugati nel sangue e nel liquor degli uremici.

Dottori CIPRIANI e FERRERO A. — Espongono le conclusioni dei risultati delle determinazioni della reazione xantoproteica sul siero dealbuminizzato degli uremici, secondo Becher, anche in confronto ad altre ricerche sul sangue. Comunicano quindi le ricerche sulla presenza, nello stadio finale dell'uremia, di fenoli liberi non coniugati nel sangue e sulla comparsa di una leggera reazione xantoproteica nel liquido cerebrospinale dealbuminizzato, ciò che depone rispettivamente per una deficenza dei normali poteri disintossicanti interni dell'organismo e per un passaggio finale di sostanze tossiche nel sistema nervoso centrale.

La sintalina nel diabete.

Dott. MORACCHINI. — Essa ha giovato in tre casi clinici più lievi; scarsa influenza ha dimostrato avere in altri tre più gravi, in cui ricomparvero l'acetonuria e la glicosuria, già scomparse dopo un trattamento insulinico.

In 14 ammalati diabetici o non, in cui la sintalina è stata provata dopo una prova di carico di 100 gr. di glucosio, ha dimostrato un'azione ipoglicemizzante in 7 a., nulla in 4., iperglicemizzante in 3. In tutti i casi trattati sono comparsi segni di intolleranza al medicamento. La sintalina va quindi riservata ai casi leggeri.

Seduta del 27 maggio 1927.

Presidenza: Prof. DIONISIO, Vice-Presidente.

Considerazioni sulla patogenesi diagnosi e terapia dell'albuminuria ortostatica.

Prof. STAFFIERI, direttore della Clinica Medica della Facoltà di Rosario di Santa Fè. — Premesse le principali teorie che cercano di spiegare la patogenesi di questa affezione, egli ritiene che l'ipotesi di Jehle debba essere la più accetta. Essa sarebbe dunque causata dalla lordosi che provoca una flessione ed uno stiramento dei peduncoli vascolari del rene. Oltre a ciò S. ritiene che vi concorra una viscero-ptosi più o meno accentuata, tanto è vero che i mezzi ordinari ortopedici che servono a correggere la lordosi, molte volte sono essi da soli sufficienti a guarire l'albuminuria ortostatica.

Dott. VILLATA. — Comunica un caso di *neo maligno dimorfo*, insorto da un neo pigmentato piano, e nella cui metastasi, oltre a cellule neviche, trovò un sarcoma fuso-cellulare.

Dott. ANTONIOLI. — Espone il reperto istologico di un *tumore fibro-epiteliale dell'ombelico di natura congenita*, e che proveniva dai resti del dotto onfalomesenterico.

Dott. BOLSI. — Parla *sui nuovi metodi di impregnazione della microglia.*

Seduta del 17 giugno 1927.

Presidenza: Prof. DIONISIO, Vice-Presidente.

Autoplastica all'italiana con doppio lembo in un tempo per sguantamento della mano.

Prof. G. SERAFINI. — In un caso di sguantamento della mano in seguito ad un trauma, ha eseguito contemporaneamente la plastica anteriore e posteriore col metodo seguente: incise e dissecco la cute della parete toraco-addominale, con lembo a convessità inferiore e di superficie atta a ricoprire il dorso della mano. Un altro lembo venne inciso e scolpito nella parete addominale, la mano fu posta convenientemente fra i due lembi, dimodochè il primo lembo servì per la plastica dorsale, il secondo, arrovesciato o a ponte, per quella pal-

mare. Vi fu attecchimento completo; in un secondo tempo i lembi furono utilizzati per ricoprire anche le dita.

L'O. presenta le fotografie che illustrano il caso.

Sopra un raro meccanismo di occlusione intestinale in un bambino.

Prof. U. CAMERA. — Un bambino di 4 anni, operato un mese e mezzo prima per ernia inguinale sin. era colpito da dolori colici che scomparivano in seguito ad emissione di feci. L'ultima di queste crisi aveva assunto il quadro della occlusione intestinale acuta, e la palpazione dell'addome era dolorosa soprattutto alla fossa iliaca sin. Operato di laparotomia pararettale sin., si dovette esteriorizzare, con prudente trazione, un'ansa che aderiva alla regione inguinale sin. e che presentava sulla parete opposta a quella di inserzione del mesentere due piccole soluzioni di continuo ed un filo di catgut.

Ritiene che durante il primo intervento sia avvenuta la fissazione della parete dell'intestino alla parete addominale per parte di un punto di sutura e probabilmente per quello che si dà alla base del sacco erniario, inconveniente che si può sopratutto avere quando non si apre il sacco.

Sull'invaginazione intestinale acuta del lattante.

Prof. U. CAMERA. — Espone tre casi, tutti guariti e tutti diagnosticati nelle prime 24-36 ore. Oltre che consigliare l'intervento precoce in tutti i casi, egli consiglia ancora di far praticare un lavaggio intestinale abbondante subito dopo l'intervento, allo scopo di allontanare il contenuto settico dell'intestino e per evitare forti rialzi febbrili dopo l'operazione.

Estrazione di un voluminoso corpo estraneo (fischietto) dal bronco sin. Guarigione.

Prof. MALAN. — Il fischietto di legno lungo 28 mm. era stato aspirato dal piccolo p. ed occludeva il bronco sin., producendo ad ogni aspirazione il fischio tipico. L'estrazione avvenne previa tracheotomia; il corpo estraneo occludeva il bronco ed aveva un orifizio strettissimo, che non permetteva il passaggio dei morsi della pinza sia tra la parete bronchiale ed il corpo estraneo, sia nel lume del fischietto stesso. Si dovette costruire un uncino speciale che introdotto nel lume del fischietto fino alla sua estremità inferiore ne permise l'estrazione. Guarigione dopo polmonite reattiva sin. svoltasi in modo benigno.

Osservazioni e ricerche sulla vaccinazione alla Besredka.

Dott. ROCCIA. — Comunica i risultati di alcune sue esperienze sugli animali (cavie) che condusse in quattro modi differenti: i primi due gruppi di esperienze furono di orientamento.

Nel terzo gruppo esperimentò con uno stipite sufficientemente virulento ed ebbe l'immunità locale secondo Besredka, cioè nel senso che l'immunità avviene ogni qualvolta l'infezione e la vaccinazione sono portate nello stesso tessuto o nello stesso organo.

Nel quarto gruppo ha ottenuto l'immunità nell'apparato circolatorio contro l'infezione stafilococcica, iniettando nel cuore della cavia una miscela in quantità uguale di brodo vaccino e di cultura di brodo di stafilococchi.

Ha esperimentato l'azione del virus filtrante anche su focolai suppurativi con buoni risultati.

Studi sulla selettività delle radiazioni nei tumori vegetali.

Prof. M. PONZIO. — Presenta una serie di pianticelle a cui venne innestato un tumore e che in seguito fu irradiato con raggi a diversa lunghezza d'onda. Ne è risultato che una lunghezza d'onda minore ha inibito lo sviluppo del tumore molto di più che la lunghezza d'onda maggiore.

L'O. ha in corso altre esperienze i cui risultati saranno portati successivamente all'Accademia.

Dott. G. VILLATA.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 10 maggio 1927.
Presidente: Prof. M. DONATI.

Deviazione del complemento nella gonorrea.

BALBI e BALDUZZO. — Gli OO. valendosi dell'antigene *gonargic* (vaccino extra-stark di Meister Lucius) hanno esaminato un centinaio di sieri di blenorragici con forme semplici e complicate e 47 sieri di soggetti e malattie generali ma liberi da gonorrea. Hanno seguito il metodo originario di Wassermann. Concludono ammettendo che una gonodeviazione positiva in casi con diagnosi incerta e con Wassermann negativa, giustifichi la diagnosi di un processo blenorragico e consigliano la terapia relativa. La gonoreazione deve essere migliorata nella sua tecnica specie per quanto riguarda la preparazione dell'antigene. Attualmente non può essere eseguita che in laboratori specializzati.

La cataratta elettrica.

LEONARDI. — L'O. illustra un caso di cataratta da corrente industriale nel quale ha studiato tutte le manifestazioni cliniche di questo opacamento speciale del cristallino. Esistono 20 casi pubblicati di cataratta da folgore, e 36 da corrente industriale. Vi è qualche diversità di dettaglio tra i due tipi di cataratta. Nella cataratta da corrente industriale il punto di entrata e di uscita della corrente è sempre vicino alla regione oculare, se il punto di contatto del filo è laterale da quel lato si ha la cataratta semediale (ad es. sul naso) si ha la cataratta binoculare. La cataratta pare dovuta ad un disturbo di nutrizione per alterazione della capsula anteriore e posteriore, membrane che presiedono ai processi osmotici nutritivi del cristallino.

Contributo clinico-istologico alla poliomielite cronica degli adulti.

GERMANI. — L'O. illustra un caso (uomo di 45 anni, mendicante) nel quale la malattia ha avuto inizio due anni prima.

POPPI. — Fa notare che non può essere esclusa con facilità la diagnosi di sclerosi laterale amiotrofica. La contrattura della muscolatura del tronco attesta una lesione delle vie piramidali. La morte dovuta a fatti bulbari, fa pensare all'estensione del processo morboso al midollo allungato in forma di paralisi progressiva bulbare. Anche l'esame anatomico ha messo in evidenza la degenerazione delle fibre mieliniche del fascio antero-laterale.

GERMANI. — Insiste sulla diagnosi fatta.

Sull'azione combinata di farmaci convulsivanti e sali di metalli alcalini e alcalino-terrosi.

SCREMIA (Società di Biologia). — L'O. continuando le ricerche sul « sinergismo » dei farmaci, ha osservato come il KCl aumenta fortemente l'azione convulsivante stricnica di molti farmaci: stricnica, brucina, tebaina, codeina, piramidone, caffeina, cosicchè basta aggiungere alla soluzione dell'alcaloide che si inietta per via endovenosa piccole quantità di KCl per ottenere l'opistotono con dosi d'alcaloide che possono arrivare fino alla metà delle dosi necessarie per ottenere lo stesso effetto senza KCl. Questo aumento d'azione è anche meglio apprezzabile iniettando piccole quantità di Na Cl2. per ottenere un analogo aumento d'azione con LiCl e NaCl è necessario arrivare a dosi molto alte del sale, nelle quali la pressione osmotica del sangue circolante gioca certo una parte, si che è difficile dire se l'aumento d'azione si deve all'ione Li e Na o alla aumentata pressione osmotica. Dal punto di vista dello studio sul « sinergismo » è interessante osservare come le azioni del $K+$ e del $Ba++$ non si sommano esattamente, quando si iniettano insieme i due sali e l'alcaloide, ma si sommano molto incompletamente.

Nuovo artificio tecnico di radio-diagnostica.

SALOTTI. — Eseguito un primo radiogramma l'O. ne pratica un secondo sulla stessa lastra in altra posizione dell'organo con tecnica invariata (centramento, distanza focale, posizione dello chassis relativamente al soggetto). Si ottengono così due immagini sovrapposte dell'organo in due momenti funzionali o in due posizioni diverse. Tale tecnica è alla portata di qualsiasi apparecchio e di qualunque radiologo e può essere applicata col tipo di uno chassis-cintura adattabili solidamente all'individuo e in modo che le posizioni variabili di questo non determinino spostamento della lastra nelle due pose.

Prove di inoculazione del mollusco contagioso nel coniglio.

SALVIOLI G. — L'O. ha ottenuto una particolare fenomenologia morbosa in conigli cui venivano inoculati sotto-dura frammenti di mollusco contagioso e in passaggi successivi frammenti delle particelle prima inoculate avvolte in un essudato parvicellulare o pappacellulare di animali venuti a morte ed in un caso filtrato di pappa cerebrale. L'animale inoculato presentava deperimento e la morte avveniva dopo 20-25 giorni con convulsioni e opistotono. I conigli venuti a morte presentano istologicamente i segni di un'encefalite caratterizzata da focolai di infiltrazioni parvicellulari e lesioni delle cellule e delle fibre nervose.

Si sono mostrati sensibili solo i conigli giovani di peso di gr. 500 circa. L'O. pensa che si può, con riserva ritenere che sia il virus del mollusco contagioso quello che ha prodotto l'encefalite nei giovani conigli e che quindi esso possa ascriversi al gruppo dei virus entoderma-neurotropi. Le ricerche proseguono.

TRUFFI. — Si compiace col SALVIOLI. Riferisce che il dott. GAVIATI con le stesse ricerche non ottenne anni or sono risultati specifici. Afferma che l'introduzione sub-durale di virus filtrabili come quello del mollusco contagioso può dare quadri di encefalite da reazione per il corpo estraneo inoculato, più che una vera e propria reazione specifica.

CASAGRANDI. — L'O. da esperienze sulla sua persona, può affermare che il mollusco contagioso è dato da un virus filtrabile rappresentato da quei piccoli granuli che anche SALVIOLI ha potuto dimostrare e che sono ben colorabili col Giemsa. È convinto che le localizzazioni notate dal SALVIOLI siano specifiche. La dott.ssa CASAGRANDI nell'Istituto d'Igiene diretto dall'O. ha dimostrato che anche i filtrati di tracoma (esperimentando su conigli giovani a pelo bianco) si comportano come quelli del mollusco. Consiglia al SALVIOLI di tentare la produzione del mollusco sull'uomo col virus ricavato dai conigli a conferma della specificità delle alte razioni ottenute.

DONATI. — L'O. chiede al SALVIOLI come interpreti il fatto che nelle successive trasmissioni da coniglio a coniglio, le tipiche masse di mollusco si modificano divenendo più minute e come crede di poter dimostrare che le lesioni riscontrate nei suoi animali conservino caratteri di specificità.

SALVIOLI G. — L'O. ritiene che il corpo estraneo non possa considerarsi come causa morbosa precipua, dato che la sintomatologia ottenuta col primo innesto ripete anche con inoculazioni successive di pappa cerebrale e di filtrato di essa. In questi casi si ebbe cioè morte e lesioni encefalitiche pur mancando i segni di focolaio da corpo estraneo; di più l'infiltrazione del frammento prima innestato non ha i caratteri della reazione istologica da corpo estraneo. Col CASAGRANDI l'O. concorda nel ritenere necessario istituire la prova di reinoculazione nell'uomo del supposto virus encefalitico prova che peraltro, come afferma del resto anche il CASAGRANDI potrebbe mancare o variare per eventuali modificazioni che il virus subisca per prolungato adattamento nell'animale. Col Donati l'O. riconosce che la specificità dell'affezione animale non è ancora a sufficienza dimostrata, mancando la riprova sull'uomo.

Prof. PANCRAZIO, *Segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Le epatiti tossiche di origine anestetica.

R. Benard (*Journ. des Praticiens*, vol. 40, n. 38) distingue tre forme dell'epatite cloroformica:

1) Forma grave, di cui vi è un tipo nervoso, consistente in convulsioni e delirio, polso piccolo, frequente, aritmico, estremità fredde e cianotiche. I sintomi epatici sul principio non attirano l'attenzione; l'ittero è poco intenso, manca il prurito; vomiti precoci, dapprima biliari, poi a fondo di caffè. Urine scarse e scure, con albumina, pigmenti biliari ed urobilina; generalmente ipoazoturia. Morte in 3-7 giorni, guarigione eccezionale.

In un altro tipo, l'ittero domina la scena; è precoce, fino dalle prime ore. Le urine hanno gli stessi caratteri del tipo precedente, vi è prurito, anoressia, talora vomiti. Lo stato generale rimane per un po' di tempo soddisfacente, senza elevazioni termiche; d'un tratto, i fenomeni precipitano, il polso si fa frequentissimo, la respirazione è imbarazzata e diventa stertorosa; delirio, convulsioni, morte in coma entro 3-6 giorni;

2) Forma benigna. Ricorda un ittero infettivo benigno che compare all'indomani dell'operazione. Urine poco scure ed iperpigmentate; nè prurito, nè bradicardia; in 3-4 giorni, tutto rientra nella norma;

3) Forma frusta. Mancano i segni clinici ed esistono soltanto quelli urinari ed ematologici. Tale forma è costante ed indica come il cloroformio sia nocivo. La colemia cresce durante le prime 36 ore dall'operazione e raggiunge l'acme alla seconda giornata, scomparendo poi gradatamente. La funzione proteopessica del fegato è deficiente.

Come profilassi è anzitutto necessario abbandonare il cloroformio; l'etere, pure essendo meno nocivo per il fegato, non è del tutto innocuo; ad ogni modo, produce lesioni epatiche meno gravi.

Col protossido d'azoto, il fegato non è toccato che in caso di anestesia prolungata; il cloruro d'etile sembra privo di conseguenze. Questi ultimi due anestetici sono però usati soltanto per operazioni di breve durata.

Un buon metodo preventivo è l'uso dello zucchero: somministrazione di 150 grammi di sciroppo la sera prima ed il mattino dell'operazione. Esso attenua la colemia, che può addirittura scomparire se vi si associa la somministrazione di estratto epatico. L'uso della morfina dopo l'operazione distrugge tale buon effetto.

L'inanizione pre- e postoperatoria non vale nulla; il supplizio della fame, lungi dall'essere utile, è nocivo agli operati. *fil.*

Disturbi faringei nei biliari.

Il naso, la gola ed annessi, come pure le ghiandole salivari hanno un'importanza secondaria nei biliari; tuttavia meritano di richiamare l'attenzione del clinico.

Prima delle crisi, si possono avere: 1) disturbi secretorî: di solito, la bocca è secca ed impastata, ma vi sono forme con ipersecrezione salivare che precede la colica; spesso vi è rinite ipertrofica con rinorrea ed anche con depositi crostosi molto tenaci, in cui la cauterizzazione è inefficace. 2) Disturbi muscolari. Spasmo del faringe, con difficoltà di deglutire anche la saliva. Spasmo esofageo concomitante che può rendere necessaria l'alimentazione con la sonda; all'esame radiologico, la pappa si ferma in corrispondenza della cricoide, spesso l'ostacolo cede subitaneamente. Disturbi laringei: raucedine della voce, che dà talora afonia, accompagnata da notevole difficoltà inspiratoria. 3) Disturbi sensoriali: ipersensibilità ai sapori ed agli odori (intolleranza per l'odore dei gas di scappamento degli automobili).

Durante le crisi. Generalmente ipertonizzazione: in un caso, G. Parturier e Vallerix (*Paris médical*, 30 aprile 1927) hanno osservato l'eliminazione di 300 grammi di saliva molto fluida in meno di due ore.

Dopo le crisi. Torpore della gola, con disfonia in rapporto con gli sforzi di vomito. *fil.*

Particolare reazione febbrile al salasso in soggetti epato-lienali.

D. Campanacci (*Giorn. di Clin. Med.*, fasc. 7, 1927) sottoponendo a modico salasso (60-70 cmc. di sangue o anche meno) una ventina di ammalati, in maggioranza epatici od epato-lienali, ha potuto osservare l'insorgenza in alcuni di essi di un rialzo termico più o meno marcato, poco dopo la sottrazione sanguigna, una volta anche preceduto da lieve brivido. I casi che presentarono detta particolare reazione non erano solo epatici, ma individui che presentavano contemporaneamente lesioni del fegato e della milza.

Circa la genesi di tale rialzo termico, l'A. pensa per primo che in questi ammalati ogni squilibrio di circolo un po' brusco, anche se di modica entità può produrre detta elevazione febbrile. E poichè si potè escludere facilmente la genesi infettiva o parassitaria (ricerca del plasmodio ma-

larico, emocultura negativa) l'A. emette l'ipotesi di una febbre da passaggio in circolo di prodotti abnormi di scissione proteica (come è dimostrato dall'aumento dell'N-aminico riscontrato nel siero) passaggio che dovrebbe essere avvenuto a livello del circolo portale (contrazione splenica).

Tali sostanze proteiche febbrigene potrebbero avere origine splenica e passare immodificate in circolo attraverso un fegato funzionalmente insufficiente o invece potrebbero essere di origine epatica, dovute ai processi autolitici disintegrativi provocati nel fegato da sostanze tossiche provenienti dalla milza.

Il determinismo del fenomeno sembra quindi legato alla lesione del sistema epato-lienale sinergicamente considerato, però secondo l'A., almeno nei casi del tipo di quelli descritti, la milza potrebbe costituire l'organo primitivamente responsabile per cui accanto alle sostanze cirrogene ed anemizzanti di certe splenopatie si potrebbe emettere l'ipotesi dell'esistenza di sostanze febbrigene, forse solo quantitativamente differenziantisi dalle prime: intossicazione proteica cronica, nel primo caso, intossicazione proteica accessuale, nel secondo.

Se tale reazione si riscontrasse costante in numerose osservazioni, potrebbe perciò costituire un indice di lesione splenica primitiva e fondamentale.

A. POZZI.

TERAPIA.

L'assistenza al parto e al puerperio.

Più del 60 % delle affezioni alle quali vanno incontro le donne dopo il parto sono dovute ad assistenza scarsa o poco oculata. L'ostetrico deve aver presente, secondo J. O. Polak (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, aprile 1927), in primo luogo di liberare la donna di un bambino vivente, col minimo dei danni per l'organismo in generale, e in particolare per le parti molli, e in secondo luogo di lasciarla in condizioni fisiche tali da permetterle di accudire al proprio figliuolo.

Un fatto ben conosciuto, ma che spesso si dimentica, è che il primo stadio del travaglio richiede tempo e dolore onde assicurare la dilatazione cervicale necessaria, e si compie attraverso ad una serie di atti fisiologici così perfetti, che non è dato di poter comunque influenzare.

L'uso giudizioso di anodini, quali la morfina, la scopolamina e l'eroina, o del solfato di magnesio, allorquando la testa è discesa nella pelvi, può tuttavia riuscir utile.

Allorquando la presentazione è discesa in vagina ed ha luogo la rotazione interna, un ritardo troppo lungo nella distensione del pavimento pelvico provoca uno stiramento della fascia, con conseguente rilassamento delle pareti vaginali anteriore e posteriore, anche se non esiste lacerazione apparente.

Dopo che la testa è passata nella vagina, il feto è in pericolo per eventuale interruzione della circolazione utero-placentare, per cui è assolutamente necessario attendere l'effetto della contrazione uterina sul cuore fetale.

Il periodo espulsivo può però essere abbreviato dal controllo del forcipe, e dalla tempestiva perineotomia mediana o laterale, con cui si previene il cistocele e le lacerazioni irregolari del pavimento pelvico.

A scopo di controllo, e non di trazione, viene applicato il forcipe ai lati della testa, non appena la sutura sagittale è vuotata nel diametro antero-posteriore.

Guidati dall'esperienza, nei casi che lo richiedono, e specialmente nelle primipare, si passa un paio di forbici rette di Mayo sulla linea mediana, tra la testa e la mucosa vaginale, e si incidono le parti molli: se i diametri sono normali, l'incisione sarà mediana, se invece la bisischiadica è inferiore agli 8 centimetri, l'incisione sarà obliquo-laterale.

Subito dopo uscito il feto, si ricopre la ferita con garza sterile, attendendo il secondamento, il quale viene facilitato dall'iniezione di estratto pituitario.

Appena l'apparire del sangue dalla vulva indica che il distacco è iniziato, si procede alla espressione con la manovra di Credé, e, ottenuta la fuoriuscita della placenta, si favorisce lo svuotamento del sangue residuo e la retrazione del fondo dell'utero comprimendo la parte più bassa di questo contro il promontorio. In tal modo si riduce la perdita sanguigna a meno di 200 cmc.

Se viceversa il gemizio di sangue continua, bisogna ispezionare la cervice, per l'eventuale presenza di lacerazioni, nel qual caso si procederà alla sutura, con tutti i riguardi per l'asepsi.

Si passa quindi alla sutura vaginale, non applicando poi alcun tamponamento, il quale favorirebbe l'infezione, piuttosto che prevenirla.

Prima di lasciar la puerpera, sarà utile espellere il primo coagulo spremendo l'utero, dopodichè si prescriveranno piccole dosi di ergotina, e la borsa di ghiaccio sulla parte bassa dell'addome. Per 48 ore è poi utile lasciare la donna nella posizione di Fowler.

L'involuzione dell'utero e degli organi annessi può essere ritardata dalle lacerazioni, da infezioni, e dai disturbi dell'equilibrio circolatorio per ptosi viscerale, retrodeviazione uterina, e simili.

La triade ginecologica che svela anche a distanza di anni tale mancata normale involuzione, è rappresentata da: emorragie, leucorrea, dolore. Onde evitare simili dannose conseguenze, si porrà mente ai seguenti punti: 1) evitare le infezioni; 2) ridurre al minimo il trauma del travaglio; 3) limitare la perdita del sangue; 4) riparare subito le lesioni; 5) mantenere la retrazione e la contrazione dell'utero per mezzo dell'allevamento del bambino al petto materno; 6) usare la posizione adatta alla puerpera; 7) fare esercitare in modo appropriato, onde ristabilire la pressione intraaddominale e il tono muscolare della parete; 8) svuotare di tanto in tanto l'ingorgo venoso pelvico, facendo assumere alla paziente la posizione genu-pettorale più volte al giorno; 9) riconoscere o trattare adeguatamente le erosioni cervicali, prima che vi s'impianti l'infezione; 10) correggere tutte le deviazioni uterine con manovre o con pessari; 11) esaminare spesso la puerpera, fino a che non si giudichi l'involuzione completa.

I mezzi per eseguire tale profilassi sono stati in parte già accennati all'inizio dell'articolo. Ve ne sono poi vari altri, tra cui ad esempio quello consistente nel far praticare subito dopo le prime 48 ore del puerperio degli esercizi con gli arti inferiori, di flessione ventrale, e di respirazione, onde ridare il tono ai muscoli addominali e favorire lo svuotamento dei vasi pelvici.

La posizione genu-pettorale va presa non appena appaiono i lochi bianchi, indicando il permanere di quelli rossi una non perfetta occlusione dei seni venosi, e quindi il pericolo di emboli.

Per quel che riguarda la secrezione lattea, qualora sia fin dall'inizio troppo abbondante, si somministrerà un poco di morfina, e si sospenderanno i seni con apposite fasciature compressive. Tali accorgimenti, uniti alla sospensione dell'allattamento, valgono allorquando, in seguito a ragadi del capezzolo, si ha la minaccia di una suppurazione mammaria. A questo proposito, è buona usanza far pulire il capezzolo con glicerina borica, prima e dopo la poppata.

Gran cura sarà volta al regolare funzionamento dell'intestino, facilitandolo con opportuni lassativi.

L'ostetrico avrà infine pazienza di insegnare alla puerpera i due esercizi del « passo della scimmia » (camminare sulle mani e sui piedi contemporaneamente), e il « calcio del mulo », utilissimi per svuotare le vene pelviche, massaggiare i legamenti, e aiutare l'utero a restare nella sua posizione normale.

Nelle retroflessioni uterine costituite, il pessario deve avere il suo posto eminente, come trattamento di scelta.

M. FABERI.

Sulla provocazione del travaglio con la pituitrina.

Nessun metodo per provocare il travaglio è esente da pericoli.

La pituitrina, a quanto afferma W. Scott (*Am. Jour. of obstetrix and gynecology*, ottobre 1926), sarebbe senza pericolo per la madre, se usata convenientemente, ma molto pericolosa per il feto. Usando a tempo e convenientemente un anestetico si può controllare fino a un certo punto lo spasmo indotto dalla pituitrina nel muscolo uterino, e che costituisce la causa della sofferenza fetale.

La pituitrina va in ogni caso adoperata in dose non eccessiva, una sola volta; quindi non si deve ripetere in travaglio. Alcuni preferiscono darla, sempre una sola volta, a travaglio iniziato. Ma molti ostetrici ne proscrivono l'uso, almeno nella provocazione del travaglio.

DORIA.

I principi attivi delle preparazioni di segale cornuta.

L'introduzione della segale cornuta in medicina è forse da mettersi in rapporto ai frequenti aborti osservati durante le epidemie di ergotismo, allorquando la droga non era conosciuta come dotata di facoltà velenose e terapeutiche (J. Clark. *Brit. Med. Journ.*, 23 aprile 1927).

Le tappe degli studi farmacologici in proposito furono segnate da: Tauret, che scoprì nel 1874 l'ergotinina; Barger e Carr, che scoprirono nel 1906 l'ergotossina, e Stall, che scoprì nel 1922 l'ergotamina, ad azione identica all'ergotossina.

Ma oltre agli alcaloidi la segale cornuta contiene anche una notevole quantità di prodotti della decomposizione delle sostanze proteiche, tra cui tiramina e istamina, le quali posseggono spiccate attività farmacologiche, se somministrate per via ipodermica.

Ma l'azione terapeutica è sopratutto in rapporto agli alcaloidi, contenuti in quantità del 0.1-0.2 per cento.

Da studi compiuti nel 1923 da Clark risultò che coi processi di preparazione va perduto il 97 % dei princìpi attivi, tranne che con la tintura ammoniacata, nella quale sono trattenuti in quantità di un quarto circa.

M. FABERI

Iniezioni vaginali nelle metriti croniche.

Sono talvolta utili allo scopo di preparare la malata in vista di un raschiamento; si usa in tal caso il solfato di rame (6 grammi in 300 cmc.

di acqua). Esso, secondo Poulot (*Journ. de méd. de Paris*, 5 maggio 1927) è praticamente superiore ai mercuriali, all'ipoclorito ed al permanganato. *fil.*

SEMEIOTICA.

Concetti moderni sull'ascoltazione polmonare.

M. P. Ameuille (*Revue médicale*, 3 febbr. 1927) riconosce l'importanza di fare una revisione della nomenclatura dei segni acustici, non tenendo conto che di quelli netti.

Modificazioni del murmure vescicolare. Possono essere quantitative e qualitative; l'aumento non ha grande importanza; la diminuzione e la soppressione dipendono dalla distanza fra l'orecchio che ascolta ed il polmone che respira (spessore della parete, interposizione di inspessimenti patologici), nonchè dallo stato degli alveoli polmonari (distruzione o riempimento con essudato) Perchè sia affetto il murmure vescicolare, è necessario che la lesione sia estesa.

Il murmure vescicolare, si può dire che non esista senza il rumore bronchiale che ad esso si mescola. Il miglior punto per l'ascoltazione del rumore bronchiale è la regione del collo fra i due sterno-cleido-mastoidei.

La diversità dei soffi polmonari è dovuta alle condizioni di trasmissione ed alla vicinanza di risonatori: caverne, pneumotorace e questo, tanto per i soffi cavernosi od anforici, quanto per quello tubario propriamente detto.

Per stabilire se un soffio è cavernoso, bisogna anzitutto avere la nozione del rumore bronchiale fisiologico; i caratteri del soffio però non fissano nè l'estensione nè la sede della caverna.

Per quanto riguarda i rumori avventizi, si deve tener presente che essi sono di produzione misteriosa e di significato delicato. È dubbia l'esistenza di sfregamenti pleurali. Il rantolo crepitante ha un doppio significato: allo stato fisiologico, indica una ripresa di permeabilità di una regione polmonare atelettasica; allo stato patologico indica l'edema.

I rantoli bollosi indicano il conflitto fra la corrente di aria respiratoria e gli essudati liquidi nei bronchi. Essi significano necessariamente l'esistenza di lesioni secernenti nei polmoni. Si percepiscono per un'estensione maggiore della lesione che li provocano. La loro presenza indica sempre il muco-pus nei bronchi, prodotto sul posto o proveniente da una lesione secernente indeterminata. Il crepitio non è che un rantolo, che assume un certo timbro, per la vicinanza di lesioni buone conduttrici dei suoni. Il gorgoglio è dovuto alla presenza di una caverna. *fil.*

Ascoltazione della carotide nelle affezioni dell'aorta.

Si sa quanto sia difficile senza l'aiuto del radiologo la diagnosi di una aortite incipiente, luetica o di altra natura. E d'altra parte anche la radiologia senza la clinica lascia spesso incerta la diagnosi.

Ma spesso clinicamente non si può affermare la presenza dell'aortite, anche quando si sospetti, perchè mancano i dati ascoltatori sul focolaio di elezione (rinforzo del secondo tono aortico) e anche nei punti vicini e nella fossa sottoclavicolare destra.

Winkler (*Wien. Klin. Woch.*, 1927, n. 10) ha fatto ricerche ascoltando comparativamente nel secondo spazio intercostale destro (f. 1), nella fossa sottoclavicolare destra (f. 2) e sulla carotide destra (f. 3). In f. 2 si possono spiare oltre l'aorta, anche l'arteria anonima, la porzione iniziale della succlavia e la carotide, in f. 3 l'aorta, la anonima e la carotide comune sino alla sua suddivisione.

Per l'ascoltazione del secondo tono nei luoghi indicati, bisogna osservare che esso non solo coincide con la improvvisa tensione delle valvole semilunari, ma esprime anche le variazioni sistoliche delle pareti dei vasi, dovute sopratutto alla pressione sanguigna. E ciò ha importanza in casi patologici. Inoltre ha importanza anche la qualità della parete dei vasi.

L'ascoltazione della carotide destra viene fatta in due posizioni del capo. Prima: il capo viene interamente flesso e, all'altezza della cartilagine tiroide, davanti allo sternocleidomastoideo, si applica lo stetoscopio. Seconda: il capo viene ruotato a sinistra ed esteso, e sullo stesso focolaio già detto si cerca il punto di massima intensità di ascoltazione. Si sente allora che f. 1 $>$ f. 2 $>$ f. 3. Talora però l'accentuazione, che non risalta in f. 2 e f. 1, si rivela in f. 3.

Questo fatto è dimostrato da numerosi casi citati dall'A., in cui la diagnosi di aortite era radiologicamente confermata.

Talora, anche quando in tutti e tre i focolai si ascolta un rinforzo del secondo tono, il rapporto normale è alterato (f. 1 $>$ f. 3 $<$ f. 2).

Importante sarebbe quindi l'ascoltare con la tecnica descritta il secondo tono sulla carotide, e un rinforzo di esso, anche quando manchi sugli altri due focolai, starebbe quasi senza eccezione ad esprimere la presenza di un'aortite incipiente.

Garrone.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Ricerche sull'etiologia dell'influenza.

Il problema etiologico dell'influenza non è ancora risolto.

Il bacillo di Pfeiffer, scoperto nel 1892, si trova in una percentuale alta di individui sani (50.85 %) e in casi numerosi di altre malattie, quali il morbillo e la scarlattina, sì da non poter conservare il suo posto di agente specifico dell'infezione influenzale, come credette il suo scopritore.

Tra gli altri lavori notevoli apparsi in questi ultimi tempi, sembravano aver importanza quelli di Gates e Olitsky, i quali descrissero, fin dal 1921, un piccolo cocco-bacillo anaerobico, gram-negativo, filtrabile attraverso alle candele Berkefeld N. e V., il quale sarebbe costante nel liquido di lavaggio delle cavità naso-faringee di individui affetti da influenza.

Tale germe fu chiamato: *Bacterium pneumosintes*, e la sua esistenza fu in seguito confermata parzialmente da vari autori.

G. S. Wilson (*The Lancet*, 28 maggio 1927), in occasione di una grave epidemia influenzale infierita nei primi mesi di quest'anno a Manchester, ha eseguito un accurato lavoro di controllo, attenendosi alla tecnica originale di Gates e Olitsky, e usando anche per i controlli sierologici dei ceppi originali di b. pneumosintes. Tali ricerche, però, hanno avuto esito del tutto negativo.

L'A. infatti, giunge alle seguenti conclusioni:

1) il liquido di lavaggio naso-faringeo di 7 individui sofferenti da meno di 24 ore di tipici attacchi influenzali, esaminato col metodo di Gates e Olitsky, non ha dato luogo in nessun caso allo sviluppo del b. pneumosintes;

2) nessuna agglutinazione si è ottenuta, anche a diluizioni di ½, saggiando il potere del siero di 16 persone convalescenti d'influenza, nei confronti di antigene di b. pneumosintes, col controllo di altri 19 individui;

3) nessuna delle conclusioni di Gates e Olitsky è stata confermata, nonostante il rigoroso impiego della tecnica da loro impiegata.

D. ed R. Thomson (*ibid.*) riuscirono con grande difficoltà ad ottenere il b. in questione, in 3 casi d'influenza; ma isolarono pure dei germi simili in individui sani.

Gli stessi AA., invece, descrivono il reperto ottenuto seminando negli stessi terreni del sangue estratto dalla vena di uno di loro, 8 ore dopo la comparsa di infezione influenzale.

Il germe, che si sviluppò contemporaneamente anche dal secreto nasale, fu uno streptococco, le cui caratteristiche lo fecero differenziare da più di 100 tipi di streptococchi conosciuti.

Il suo accrescimento avverrebbe meglio in anaerobiosi, e nelle colture mostrerebbe un pleiomorfismo evidente.

A due mesi di distanza il paziente ebbe un altro lieve attacco influenzale, e dallo sputo fu potuto di nuovo isolare lo stesso streptococco.

Tutte queste ricerche incoraggiano a proseguire assiduamente lo studio batteriologico dell'influenza.

M. FABERI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Agli abb. n. 12265-1 e 13265:

Oltre ai testi citati del DE VECCHIS (Torino, via S. Raffaele, 21) e del PALAZZI (Milano, Vallardi), manuali più ristretti di Odontoiatria sono quelli del FRITEAU (*Dentisterie opératoire*, 1924, Fr. 45) e del PONT (*Precis des Maladies des dents et de la bouche*, 1920, Fr. 30) editi dalla libreria Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Un ottimo testo italiano di Odontotecnica e Protesi dentaria è sempre quello del PLATSCHIK (Milano, Libreria Cogliati, L. 100).

A. P.

Al dott. G. C., da S.:

Negli *Elementi di Ginecologia* di GAIFAMI, pubblicati da L. Pozzi, Roma, 1927, troverà quanto desidera. Vi è riferita anche la parte più moderna, della pervietà delle trombe, della radiografia ginecologica, ecc.

P. A.

VARIA.

La cottura degli alimenti e la loro digestione.

Tutti gli animali introducono i loro alimenti così come si trovano in natura, senza modificarli o prepararli, e l'uomo primitivo faceva lo stesso. Ciò dimostra che l'organismo ha la capacità di trasformare le sostanze alimentari in sostanze adatte all'assimilazione senza alcun altro sussidio. Con i progressi della civiltà si è diffuso l'uso di cuocere la massima parte degli alimenti, di condirli, di prepararli in vario modo. Questa preparazione è veramente necessaria come aiuto alla digestione? Ed in caso affermativo, in quale misura la digestione comincia colla « cucina »? Ecco quanto si domanda Pozerski.

Noi sappiamo che la cottura in determinate condizioni può provocare la digestione degli albuminodi, dell'amido e dei grassi. Le alte temperature e l'ambiente acido trasformano le albumine in proteosi, peptoni ed amino acidi, e gli amidi in glucosio; i grassi sono saponificati dalla cottura con la soda. Ma le manipolazioni della cucina sono lungi dal raggiungere le intensità e le modalità di queste operazioni. In cucina la cottura è rapida, raramente sorpassa i 100° ed eccezionalmente si fa in ambiente acido, e quindi per lo meno eccessivo affermare che essa inizi la digestione degli alimenti. Ma non è dubbio che con la cottura e le varie manipolazioni le sostanze alimentari subiscono modificazioni che rendono la loro digestione fisiologica più facile, più agevole, rendendole più recettive ai fermenti digestivi. Le albumine sono coagulate, l'amido è trasformato in pasta, i grassi sono emulsionati.

D'altra parte la preparazione degli alimenti, che si fa con tecniche e formule le quali si sono complicate attraverso i secoli parallelamente alle esigenze del nostro gusto, influisce notevolmente sulla secrezione psichica dei succhi digestivi e favoriscono così la digestione. Al riguardo le classiche esperienze di Pawlow su i riflessi condizionali hanno dato una solida base scientifica alla comune osservazione.

La carne bollita per ore dapprima si coagula e poi s'idrolizza lentamente. In effetti nel brodo si trova l'1.24 % di sostanze azotate solubili, e precisamente proteosi, peptoni e piccolissime quantità d'amino-acidi. Nei vari succhi nei quali viene cotta la carne si trovano anche proteosi e peptoni. Nelle carni arrostite solo un piccolo strato della superficie si coagula, mentre l'interno rimane presso che immodificato nel suo stato fisico e chimico. Le carni arrostite adunque non subiscono nessun inizio di digestione, tuttavia l'odore che emana da esse nonchè il loro aspetto agisce sul nostro spirito ed in conseguenza sulla secrezione psichica del succo gastrico. Questi ultimi metodi di cottura della carne non provocano alcuna idrolisi, tuttavia preparano l'atto digestivo fisiologico coagulando le sostanze da digerirsi e provocando indirettamente la secrezione dei succhi digerenti.

La cottura più o meno prolungata delle uova ne determina la coagulazione più o meno completa, ma non le peptonizza. Quindi non si ha altro effetto che agevolare la digestione che avverrà nello stomaco, perchè, come è noto, le albumine per essere peptonizzate devono essere prima coagulate.

Si può dunque concludere che la cottura abituale degli albuminoidi, li coagula, li peptonizza parzialmente se è prolungata, non l'idrolizza per nulla, o quasi per nulla, se è di breve durata.

La digestione dell'amido importa due tempi: il rigonfiamento dei granuli di amido, ossia la trasformazione in pasta e la saccarificazione, che non è possibile se non è già avvenuta la prima modificazione.

Per fare la pasta d'amido occorre acqua e alta temperatura: i granuli d'amido possono rimanere immodificati parecchi giorni nell'acqua a 37° in presenza d'un antisettico, mentre l'ebollizione provoca immediatamente la formazione della pasta. Adunque la cottura degli amilacei li rende digeribili.

D'altra parte la cottura a secco, la torrefazione degli amidi provoca la trasformazione in destrina. In nessun caso si ha saccarificazione.

Anche per gli amilacei adunque la cottura non inizia alcun processo di digestione, ma induce solo delle modificazioni che ne agevolano la digestione o li rende digeribili. La formazione di destrina si ha solo quando l'amido è riscaldato ad alta temperatura, a secco, in presenza di grassi.

Le manipolazioni culinarie possono provocare l'emulsione dei grassi, olio e burro, ad un grado molto elevato, come nelle salse olandese e maionese. Per la presenza del giallo d'uovo la tensione superficiale delle particelle d'olio diminuisce fino al punto da costringerle a dividersi all'infinito. Si ha così un'emulsione minutissima che rende queste salse facilmente digeribili. Ma nei comuni alimenti l'emulsione dei grassi è scarsa o nulla; per lo più il riscaldamento non provoca che la sola fusione del grasso.

Le spezie, gli aromi che sogliono aggiungersi agli alimenti hanno il compito di renderli più sapide o di mascherare eventuali sapori sgradevoli. Queste sostanze possono essere adoperate anche a scopo di eccitanti generali o di eccitanti diretti della funzione gastrica. Ma per lo più esse hanno il compito di eccitare la secrezione dei succhi gastrici per la via olfattiva.

Si può quindi concludere che la preparazione culinaria dei cibi inizia la digestione solo in parte, in quanto rende le albumine, gli amidi ed i grassi più facilmente aggredibili dai succhi gastro-intestinali, ma il suo compito essenziale è quello di agire per via psichica aumentando la capacità digerente degli organi deputati a questa funzione.

argo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Congresso Nazionale del Sindacato Medico Fascista.

Il giorno 10 corr. in Campidoglio è stato inaugurato il Congresso dei Sindacati Medici e Veterinarî d'Italia.

Vi hanno partecipato circa duemila sanitari delle due categorie. Al tavolo della presidenza avevano preso posto: l'on. Rossoni presidente delle Confederazioni Sindacali Fasciste, il barone Mazzolani per il Governatorato, il comm. Sirleo per il Prefetto, il comm. Mazza per la direzione generale di Sanità pubblica, il col. Gallici capo dei Servizi Veterinari del R. Esercito, il dott. Cazzella, presidente del Comitato ordinatore, il dott. Arnaldo Fioretti segretario generale del Sindacato Medici, il dott. Ettore Torti segretario generale del Sindacato Veterinari, il dott. Ruggeri segretario generale del Sindacato Farmacisti, il comm. Pecori, il comm. Giacomelli ed altri.

Primo oratore è stato il Presidente del Comitato ordinatore dott. Antonio Cazzella, il quale dopo aver rilevato che è titolo di grande orgoglio per lui l'essere stato designato a porgere il benvenuto in questa Città Universale, oggi che l'Italia nostra, sotto la guida della volontà geniale e realizzatrice del suo Duce, manifesta un suo proprio volto agli attoniti occhi del mondo, ringrazia le Autorità ed i Congressisti per l'opera di efficace tutela che esplicheranno in favore degli interessi della Scienza e dell'arte medica e zootecnica che sono intimamente collegati con i miglioramenti economici e morali della Nazione.

Di proposito si è voluto fondere l'inaugurazione di questi Congressi Sindacali della Categoria dei Medici e di quella dei Veterinari, perchè esse furono per quattro anni unite e concordi, con programma armonico di azione, nella Corporazione Nazionale Sanitaria insieme alla classe dei Farmacisti.

Dai temi e dai termini delle discussioni usciranno le opere del nuovo stile, che si riallacceranno alle gloriose tradizioni della stirpe italica e Roma insegnerà di nuovo al mondo, perocchè nella «Carta del Lavoro» la rivoluzione Fascista ha trovato la sua espressione giuridica senza uscire dal campo delle elucubrazioni filosofiche.

A nessuno potrà sfuggire il carattere universale di questo documento che ha portata fondamentale per il progresso della civiltà umana e proclama la necessità di un educativo e moralizzatore mutualismo fra lavoratori e datori di lavoro, differenziandosi in tal modo dal materialismo e dall'empirismo con cui sistemi anteriori avevano lasciato intristire la vita del popolo.

L'oratore chiude invitando i presenti alle grandi opere e ai grandi fatti, ed innalzando costantemente il pensiero a Colui che, senza tregua e senza riposo col favore di Dio regge i destini della nostra Patria immortale che deve imporsi all'ammirazione del mondo.

Segue l'on. Rossoni, il quale reca con cuore fraterno il saluto della Confederazione Nazionale dei Sindacati Fascisti che ricorda anche oggi dopo la trasformazione della organizzazione come gli attuali congressisti siano stati fra i primissimi ad inquadrarsi nel movimento sindacale fascista, che finalmente è riuscista ad affratellare tutti i lavoratori del pensiero e del braccio col nuovo spirito nazionale. Rileva le benemerenze della Corporazione Sanitaria affermando come nelle professioni intellettuali e specialmente in quelle dei sanitari i compiti scientifici siano superiori a quelli sindacali, per cui i problemi della sanità debbano essere risolti dagli stessi professionisti che curano fisicamente il nostro popolo per renderlo moralmente preparato alle vittorie del domani.

Propugna l'unità della organizzazione, e la sua funzione culturale e professionale che non deve essere mai deformata.

Allorchè i sindacati e le corporazioni non erano riconosciute dallo Stato si escludeva la rappresentanza di alcune professioni presso i poteri dello Stato; oggi invece i poteri dello Stato non possono trattare dei problemi sanitari senza la legittima rappresentanza di queste classi. Anche l'insegnamento scientifico deve essere corretto e disciplinato in armonia ai desideri dei sanitari che devono rimanere nella Confederazione alla testa dei lavoratori manuali.

Il sindacalismo fascista — egli dice — non ha bisogno di correzione e insegnamenti perchè il lavoro italiano è ormai riconciliato con la patria.

Nella trionfale battaglia della lira i primi sacrifici sono stati compiuti dagli operai, ma occorre che tutti contribuiscano alla rivalutazione della lira specialmente da parte degli industriali che devono ridurre la percentuale del dividendo di quanto guadagnano.

Chiude incitando i presenti a rimanere disciplinati nella Confederazione e ad elevare il loro pensiero d'affetti al Capo dell'Italia nuova, che lavora e vigila perchè gli italiani non si disperdano ma restino uniti nelle battaglie di domani.

Parlano poi i proff. Torti e Fioretti.

La seduta inaugurale ha quindi termine. Alle 16 i medici tornano a riunirsi in Campidoglio, e i veterinari in Piazza Randanini n. 33, per il proseguimento dei lavori.

* * *

Il Congresso dei soli medici prosegue nel pomeriggio dello stesso giorno sotto la presidenza dell'on. Guaccero, coadiuvato dai vice-presidenti dott. Montano di Monteleone d'Orvieto, Pini di Firenze e Baslini di Milano.

Si iniziano subito i lavori con la relazione morale, il cui svolgimento è affidato alla competenza del dott. Arnaldo Fioretti. Il dott. Fioretti, salutato da un lungo applauso, dopo un brillante

esordio espone le realizzazioni raggiunte dalla classe dei medici pel tramite della cooperazione sanitaria nelle questioni riguardanti la pensione dei sanitari dipendenti da Enti pubblici.

Un'altra affermazione della Corporazione è quella riguardante gli accordi per la condotta residenziale in tutta Italia ed il riconoscimento dei doveri da parte dei Comuni verso i medici condotti. Con essi la carriera del personale sanitario dei Comuni è stata garantita.

Il prof. Fioretti passa quindi ad illustrare l'opera svolta dal Sindacato medico per la risoluzione di altre questioni interessanti la classe tra cui quella del doppio elenco dei poveri aventi diritto alla assistenza medica e farmaceutica.

L'oratore si intrattiene poi sulla assicurazione obbligatoria per le malattie, che costituisce un grave problema per i medici. L'istituzione di essa verrà a mutare nelle loro basi l'ordinamento della Sanità pubblica e quello della assistenza ospitaliera. Viene quindi a parlare dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie e ricorda che tale questione è stata affrontata decisamente dalla organizzazione. Conclude con una fervida affermazione di fede esprimendo a tutti i collaboratori la sua personale riconoscenza, e dopo aver rievocato con ispirate parole le benemerenze dei medici italiani, riconferma la sua intenzione di lasciare ad altri la direzione di questa organizzazione sanitaria. L'assemblea sorge in piedi plaudendo.

Alla discussione che segue, sulla relazione morale partecipa prima Coen Cagli il quale per gli odontoiatri raccomanda al nuovo Direttorio una attiva sorveglianza, ad evitare eventuali sorprese nella compilazione del Regolamento riguardante la legge sull'esercizio abusivo delle professioni.

De Marco di Cosenza esprime il voto che sia tolto il divieto ai dipendenti da Enti locali di coprire cariche dirigenti nei Sindacati.

Cipollino di Novara pel Sindacato medico della sua provincia, chiede che venga riconosciuto a tutti gli iscritti indistintamente il diritto di coprire cariche direttive nei Sindacati per dignità di classe e per giustizia.

Nasini di Genova ritiene che i medici condotti non abbiano alcun diritto a ricoprire cariche direttive nel Sindacato essendosi essi costituiti in Associazione Nazionale.

Levi Bianchini di Teramo illustra un suo ordine del giorno in cui si chiede: che siano aboliti gli Ordini dei medici; che dalla Associazione Nazionale del Pubblico impiego siano ritirati i medici, i veterinari, i farmacisti e le levatrici; che sia abolita la Associazione Nazionale medici condotti.

Pesci di Torino si occupa della posizione dei medici ospedalieri in rapporto ai Sindacati liberi professionisti ed esprime il voto che i medici ospedalieri possano occupare tutti i posti nelle cariche pubbliche e in quelle sindacali.

Il dott. Nazzaro di Foggia propone che sia approvata per acclamazione la relazione Fioretti.

In ultimo la relazione del prof. Fioretti, dopo una brillante ed esauriente replica di quest'ultimo viene approvata per acclamazione con un plauso al relatore.

Sulla questione sindacale la discussione si fa lunga ed animata. Interloquiscono in vario senso i dottori: Baroni di Chieti, Giacometti di Milano, Ermanno Fioretti di Roma, Buonsanti di Firenze, Massimi di Anagni, Pirazzoli di Ravenna, Sorrentino di Napoli, Calandra di Palermo ed altri molti.

In ultimo si procede alla nomina di una Commissione composta del presidente on. Guaccero e dei vice-presidenti dottori Montano, Pini e Baslini, con incarico di esporre all'on. Turati la situazione e il desiderio della classe per i provvedimenti del caso.

La seduta è tolta alle ore 21.

*
* *

Nella seduta antim. del giorno 11 si approva un ordine del giorno di Pini di Firenze affinchè i medici di manicomio abbiano il pieno ed intero diritto di libero esercizio professionale.

Cipollino di Novara e Levi Bianchini di Teramo invocano dal Governo l'abolizione dell'Ordine dei medici.

Si approva quindi un ordine del giorno dello stesso Cipollino con cui di fronte alle nuove disposizioni per la libera docenza, allo scopo di sfollare le Università dai numerosi corsi sulla stessa disciplina, e di evitare la dispersione di innumerevole materiale didattico a disposizione nei grandi ospedali, si chiede che la istituzione della Scuola ospitaliera venga codificata dal Governo, e ufficialmente riconosciuta agli effetti dell'insegnamento clinico per l'Istituto della libera docenza, ponendo detta Scuola sotto la diretta vigilanza della Università capoluogo di regione.

Si imprende quindi l'esame dello schema di statuto, su cui riferisce lucidamente il segretario generale prof. Arnaldo Fioretti. Esso riguarda la costituzione del Sindacato nazionale fascista dei medici, gli organi del Sindacato, le norme del Congresso, le attribuzioni del segretario generale e del Direttorio, l'amministrazione, i contributi, il giornale « La Federazione Medica », i provvedimenti disciplinari.

Dopo ampia discussione lo statuto viene approvato tra vive approvazioni.

*
* *

Nella seduta pomeridiana, che è presieduta da Baslini di Milano, si discute sull'ordinamento interno del Sindacato medico e da molti congressisti viene espresso al dott. Cazzella un plauso per l'opera che egli esplica nella segreteria del Sindacato.

Stefenelli di Bolzano svolge una interessante ed accurata relazione sulle Casse ammalati.

Segue Lang di Trieste che si occupa della Assicurazione malattie. Sullo stesso argomento svolge una dotta relazione Filippini di Trieste. In merito il prof. Fioretti assicura che il Sindacato curerà una pubblicazione, affinchè il problema della assicurazione che tanto interessa la classe lavoratrice possa essere risolto.

Vengono poi presi in esame alcuni importanti voti su questioni varie emessi dal Sindacato medico milanese.

Piccinini di Milano, si occupa con grande competenza dei medici italiani che vogliono stabilirsi all'estero. Invoca che siano presi in esame tutti i problemi inerenti alla suddetta emigrazione, informando la stampa medica delle reali posizioni che, nei singoli paesi, troverebbero i medici italiani. È applaudito e la seduta è tolta.

* * *

L'ultima seduta è presieduta dall'on. Guaccero, il quale comunica l'esito della votazione per il nuovo Direttorio nazionale, che risulta così composto: Ernesto Amati (Piemonte), Carlo Baslini (Lombardia), Filippo Nasini (Liguria), Giuseppe Filippini (Venezia Giulia), Mario Sbargella (Veneto), Piero Capellini (Emila), Ermanno Fioretti (Lazio), Ernesto Pes (Sardegna), Nicola Barone (Abruzzo), Giulio De Marco (Calabria), Edoardo Calandra (Sicilia), Alessandro Guaccero (Puglie), Arrigo Pirazzoli (Romagna), Montano Mauro (Umbria), Porcelli (Toscana), Enrico Civelli (Marche), Urbano Sorrentino (Campania).

Sono chiamati a far parte della Giunta esecutiva Ermanno Fioretti, Guaccero, Nasini, Civelli, Sorrentino e Montano.

Cazzella riferisce circa l'amministrazione del Sindacato nazionale medico durante il periodo 1° gennaio 1926-30 giugno 1927, facendo rimarcare le floride condizioni del bilancio.

Quindi Ranaldi di Frosinone, anche a nome degli altri due revisori dei conti on. Guaccero e dott. Gorrieri, espone che la situazione finanziaria è informata a saggi criteri amministrativi ed invita il Congresso ad approvare. Il Congresso l'approva insieme ad un plauso al segretario generale Fioretti ed al segretario amministrativo Cazzella.

Il prof. Fioretti nel chiudere i lavori del Congresso ringrazia i colleghi della loro collaborazione. Il Congresso è stato chiarificatore per tante questioni e sopratutto per quanto riguarda i rapporti del Sindacato con i medici condotti. Chiude inviando un fervido saluto al Partito ed all'on. Rossoni e rinnovando a nome di tutti i medici italiani il giuramento di fedeltà e di devozione al Duce. Tutta l'assemblea sorge in piedi plaudendo calorosamente.

Il Congresso quindi si chiude con invio di telegrammi di devozione e di omaggio al Duce e agli on. Turati, Bottai e Rossoni.

* * *

Il Capo del Governo ha ricevuto i nuovi Direttorii del Sindacato medico e veterinario, presentati dall'on. Rossoni.

Il Capo del Governo ha espresso la sua simpatia per i sanitari italiani di ogni categoria ed ha ricordato tutta la sua fervida opera per la difesa igienica, per la tutela della razza, opera in cui egli conta sulla collaborazione disciplinata ed intelligente dei sanitari.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUI (*Alessandria*). *Ospedale Civile.* — Primario medico e medico radiologo. Scad. 30 lug. Scrivere Segreteria Ospedale per condizioni e conoscenza documenti richiesti.

CAIAZZO (*Caserta*). — A tutto il 31 lug.; L. 7000 e 5 quadr. dec., oltre L. 2400 cav.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15; serv. entro 20 gg.

CALCIO (*Bergamo*). — Kmq. 15.47; ab. 4057; pov. c. 1000; L. 6000 (*sic*) e 5 quinq. dec.; L. 2000 trasp.; L. 700 uff. san.; L. 500 Ospedale Zanoncelli; scad. ore 17 del 30 ag.; tassa L. 50.10; accettaz. entro 8 giorni.

CARRARA. *Congregazione di Carità.* — Medico primario del Civ. Ospedale; al 31 ag.; v. fasc. 29. Chirurgo primario; stesse condizioni.

CASTROPIGNANO (*Campobasso*). — Scad. 30 lug.; età lim. 45 a. al 31 maggio.

CESENA (*Forlì*). Scad. 31 lug.; L. 10,000 e bienni, c.-v., L. 3000 trasp.; età lim. 40 a.

CUNICO (*Alessandria*) — Scad. 31 lug.; L. 7500 e indenn. cavalc.

ENDENNA (*Bergamo*). — Consor. 6 com.; scad. 31 ag.; L. 9000, oltre L. 3000 cav., L. 700 uff. san., c.-v.; tassa L. 50.15.

FAENZA. *Congreg. di Carità.* — A tutto il 15 ag. Aiuto chirurgo presso l'Osped. Civ.; L. 7000, c.-v., eventuale supplemento; età mass. 35 a.; tassa L. 50. Docum. a 3 mesi dal 4 lug. Nom. biennale. Chiedere annunzio.

FRATTEROSA (*Pesaro*). — A tutto 31 lug.; vedi fasc. 29.

GIRGENTI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Canicattì; scad. 15 ag.; vedi fasc. 28.

LUCCA. *RR. Spedali ed Ospizi.* — Aiuto di chirurgia; assistente di chirurgia; assistente di medicina; L. 3000 (*sic*) annue per ciascuno dei tre posti, oltre L. 500 supplettive per l'aiuto; L. 20 ogni guardia; 15% tasse operazioni. Scad. ore 17 del 16 ag. Età lim. 30 a. Per l'aiuto 4 anni di servizio effettivo in Sezione Chirurgica di Ospedale. Chiedere annunzio.

MONTAGGIO (*Genova*). — Scad. 1° sett.; L. 9600 e 10 bienni, oltre L. 500 uff. san., L. 300 bicicl.

MONTEFORTINO (*Ascoli Pic.*). — A tutto 31 lug.; vedi fasc. 29.

MONZA. *Congreg. di Carità.* — Medico secondario nel Civico Ospedale Umberto I; a tutto 5 ag.; L. 4000 (*sic*) annue; partecipaz. proventi cure ai paganti; L. 10 ogni guardia; tassa L. 50; serv. entro 10 gg.

NICOSIA (*Castrogiovanni*). — Per Villadoro; ab. 1041; L. 10,000 e 4 quinq. dec.; età lim. 45 a. Scad. 8 agosto.

NÈ (*Genova*). — Scad. 31 lug.; L. 8400 e 10 bienni; p. uff. san. L. 800.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Assist. effett.; al 31 lug.; vedi fasc. 29.

PALMANOVA (*Udine*). — Al 31 lug.; v. fasc. 28.

PERSICETO (*Bologna*). — Al 15 ag.; v. fasc. 28.

PIETRAMELARA (*Napoli*). — A tutto 31 luglio; L. 7000 e 5 quadrienni; tassa L. 50.15 intestando al Comune.

PIEVE DI CADORE (*Belluno*). — A tutto 15 ag.; ab. 4189; alt. 870 m.; 5 centri congiunti da 5 km. di comode strade; villeggiatura; L. 8000 per 1000 pov.; L. 1000-2000-3500 trasp.; L. 500 uff. san.; tassa L. 50.10.

POGGIO RUSCO (*Mantova*). — Chirurgo consorzio 3 com.; scad. 31 lug.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15 al tesoriere del consor.; L. 8000, oltre L. 2400 c.-v., L. 4000 p. automobile obblig.; alloggio grat.

ROBBIATE (*Como*). — Consor.; proroga a tutto 31 luglio.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Due assistenti in oculistica; due in oto-rino-laring.; sette del Gabinetto radiolog.; tre ai Laboratorî patologici; ne saranno assunti subito rispettivam. 1, 1, 5 e 2; gli altri a misura che si verifichi vacanza dei posti. Scad. ore 16 del 30 luglio. Età lim. 30 a. Tassa L. 50. Stip. L. 4500 e c.-v. Chiedere annunzio.

ROSSANO (*Cosenza*). *Ospedale Civile Nicola Giannettasio.* — Direttore chirurgo primario e tre medici chirurghi ordinarî; vedi fasc. 26. Scad. 31 luglio.

S. FERDINANDO DI PUGLIA (*Foggia*). — Scad. 20 agosto; stip. L. 9000, con 5 aumenti quadriennali 10%; età non superiore 45 a., salve eccezioni legge. Tassa L. 50.10. Per ulteriori informazioni rivolgersi Segreteria com.

SASSOCORVARO (*Pesaro e Urbino*). — A tutto 31 lug., 1ª cond.; ab. 1650; iscritti c. 550; L. 10,500 e addiz. L. 2 oltre 200 iscritti; L. 2000 direz. Ospedale; tassa L. 50; docum. a 6 mesi; serv. entro 10 gg.; il Podestà si riserva di prorogare o annullare il conc., a suo insindacabile giudizio.

TARQUINIA (*Roma*). — Proroga a tutto 24 ag.; vedi fasc. 29.

POSTI DI PERFEZIONAMENTO.

R. Università di Milano.
(Anno Accademico 1927-1928).

È messo a concorso un posto di perfezionamento della *Fondazione Pier Diego Siccardi* a favore di un giovane Medico laureato a partire dal 1° luglio 1926. Il vincitore del concorso, che avrà funzione di Medico praticante, dovrà prestare l'opera sua nella Clinica delle malattie professionali, per la durata di un anno scolastico.

Egli godrà di un premio di L. 1800 che potrà essere corrisposto anche a rate mensili. Alla fine dell'anno il vincitore del concorso potrà ottenere anche il premio speciale di profitto consistente in un diploma e una medaglia d'oro.

Le domande dei concorrenti, scritte su carta bollata da due lire, dovranno pervenire alla Segreteria dell'Università (Corso Roma 10) non oltre il 15 agosto, accompagnate dal certificato di conseguita laurea coi punti di merito riportati nella carriera scolastica e da altri eventuali titoli e documenti.

Il concorso verrà giudicato entro il 15 ottobre.

CONCORSI A PREMIO.

Il prof. Giulio Sacconaghi, primario medico dell'Ospedale Civile di Brescia, offre una cartella del Prestito del Littorio di L. 1000 perchè sia assegnata in premio a quel medico, socio ordinario di quella Società Medico-Chirurgica ed effettivamente residente in Brescia o Provincia, il quale entro un anno dalla pubblicazione del concorso avrà compiuto e consegnato il miglior lavoro di patologia e clinica medica. Il concorso è aperto a tutto febbraio 1928. I lavori dovranno essere consegnati alla Presidenza della Società Medico-Chirurgica di Brescia in duplice copia, inediti e dattilografati. Norme consuete.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Federico Monaco, ten. gen. medico della R. Marina, è nominato ispettore generale e direttore centrale della Sanità Militare Marittima, in sostituzione del dott. P. A. Cavalli Molinelli, che ha lasciato spontaneamente il servizio effettivo.

Il dott. prof. Giuseppe Pollacci è nominato Ispettore medico dell'Ufficio d'Igiene di Palermo.

NOTIZIE DIVERSE.

La laurea " ad honorem „ al prof. Fernando Perez.

Nell'Aula Magna della R. Università di Roma, decorata per la circostanza con bandiere argentine e italiane, il 15 corr. si è svolta una solenne cerimonia per il conferimento della laurea *ad honorem* in medicina e chirurgia a S. E. il dott. prof. Fernando Perez, ambasciatore della Repubblica Argentina presso il Re d'Italia.

Erano presenti il ministro della P. I. on. Fedele, l'ambasciatore dell'Argentina presso la Santa Sede, l'ambasciatore del Cile, i ministri di Svizzera, Romenia, Cecoslovacchia, Bulgaria, Uruguay, moltissimi altri diplomatici, i professori della Facoltà Medica al completo, tra cui i sen. Pestalozza e Sanarelli, Alessandri, Alessandrini, Busi, Perez, Puntoni, Ferreri, Bonanni, Ottolenghi e Dionisi, Giuseppe Sergi, Enrico Ferri, molti altri professori, sudditi argentini, parecchie signore e signorine e gran numero di studenti.

Il rettore prof. Giorgio Del Vecchio, in toga accademica, circondato dai membri del Senato Accademico, pure in toga, ha preso per primo la parola, applauditissimo, comunicando l'adesione del conte della Vinaza, ambasciatore di Spagna, del ministro del Venezuela, di mons. Carrido, maestro generale dei Mercedari, e di altre autorità.

Ha ringraziato il dott. Perez per aver voluto, nel ricevere il diploma di laurea, dare un nuovo duplice saggio delle sue profonde e originali ricerche che hanno assicurato al suo nome una me-

ritata e durevole fama. Ha terminato porgendo il cordiale e rispettoso saluto dell'intiera famiglia universitaria romana al dott. Perez, che viene ad accrescerne il lustro colla sua autorità; ed esprimendo in pari tempo la sua simpatia per la grande Nazione sorella, che è dal dott. Perez così degnamente rappresentata.

Il Rettore gli ha quindi consegnato tra vivi applausi il diploma di laurea.

Il preside della Facoltà Medica, prof. Riccardo Della Vedova, ha letto le significative adesioni dei proff. V. Ascoli e Bastianelli, che non hanno potuto essere presenti alla cerimonia; ha poi parlato delle particolari benemerenze del Perez. Ha ricordato il valoroso clinico e scienziato di Buenos Aires, che introdusse per primo in Argentina numerosi processi operativi nel campo dell'oto-rino-laringologia; ne ha illustrato le benemerenze nell'attivare i rapporti scientifici internazionali e più specialmente nel promuovere quelli tra l'Argentina e l'Italia; ha ricordato, in proposito, che il Perez creò la Missione antimalarica argentina, la quale venne in Italia nel 1924, promosse in Roma il primo Congresso internazionale di Malariologia, adunatosi nel 1925; iniziò l'Istituto Internazionale di Malariologia, del quale la Scuola Superiore, testè inaugurata in Roma, costituisce l'organismo di addestramento pratico, che la perspicace volontà del Duce ha portato a rapida realizzazione.

Il prof. G. Ferreri ricordò le scoperte del Perez sull'eziologia e sulla terapia dell'ozena, le quali costituiscono una stabile conquista della medicina.

Il dott. Perez ha ringraziato dell'alto onore conferitogli; ha poi parlato a lungo sul problema della profilassi antimalarica in Argentina ed ha fatto una dotta dissertazione sopra le sue nuove ricerche e concezioni relative al prognatismo, attentamente seguito dall'eletto uditorio, che lo ha salutato alla fine con calorose ovazioni.

Congresso Italiano di Pediatria.

Nei giorni 28, 29, 30 settembre e 1° ottobre corrente anno avrà luogo in Napoli il XII Congresso della Società Italiana di Pediatria.

A detto Congresso può intervenire e presentare comunicazioni anche chi non è socio. Le comunicazioni debbono riguardare argomenti di Pediatria ed essere inviate non più tardi del 15 agosto prossimo.

La quota d'iscrizione è di L. 50 e chi prende parte al Congresso ha gli stessi diritti dei soci ricevendo in tempo utile l'elenco delle comunicazioni, la copia delle relazioni a stampa, il modulo per i ribassi ferroviari, le disposizioni per l'alloggio, ecc.

I temi delle relazioni sono:

1) Le nefropatie (relatori proff. Maggiore e Canelli);

2) Importanza sociale dell'eredolue (relatore prof. Mensi).

Il Comitato Ordinatore del Congresso è così costituito: prof. Rocco Jemma, presidente; prof. Ruggero Vaglio, segretario; prof. Luigi Auricchio, tesoriere.

Per ogni chiarimento rivolgersi al segretario prof. Ruggero Vaglio - S. Andrea delle Dame, 21 - Napoli (157), al quale andranno anche a suo tempo inviati i titoli delle comunicazioni e le conclusioni.

Le iscrizioni devono pervenire al Comitato Ordinatore non oltre il 15 agosto.

Lega italiana per l'igiene mentale.

A Milano, nella Biblioteca dell'Ospedale Maggiore, si è adunata la Sezione Lombarda.

Il presidente prof. Medea riferì sull'opera del sodalizio nel 1926 dando informazioni sul programma per il futuro. Egli si è soffermato sulla nuova legge, riguardante la protezione della maternità e dell'infanzia, la quale dispone che vengano aperti speciali ambulatori neuropsichici sotto la vigilanza dei medici specializzati. Ciò ha già fatto la sezione lombarda prima ancora che la legge fosse promulgata.

Dispensario per lattanti a Cuneo.

È stato istituito a iniziativa del medico provinciale, a cura del Consorzio Provinciale Antitubercolare, mercè l'appoggio dell'Opera Nazionale e colla elargizione di generosi sussidi; l'Amministrazione dell'Ospedale di Santa Croce ha concesso l'uso dei locali nell'Ospedaletto Infantile « Regina Elena »; dell'impianto fu incaricato l'ufficiale sanitario, dott. Mirone.

Una conferenza del prof. Putti.

Il prof. V. Putti, direttore dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, ha tenuto nella Università di Liverpool una conferenza sul tema: « Nuove concezioni nella patogenesi e terapia della sciatica ». L'oratore si è espresso in inglese. Ha sovratutto illustrato la sua concezione personale sulla « neurodocite », infiammazione del neurodoco o tratto dello sciatico che decorre nel canale intervertebrale; la diagnosi di essa è resa possibile da radiografie stereoscopiche.

In merito alla terapia, ha preconizzato l'immobilizzazione e l'iperemia attiva praticata per un periodo protratto, di 9-12 mesi; in casi ribelli, si interviene chirurgicamente con la remozione della parete posterire dei forami intervertebrali: abitualmente necessita l'incisione delle lamine e dei processi articolari. La conferenza fu corredata di storie cliniche e illustrata da radiografie.

Alla Scuola Convitto della Croce Rossa Italiana.

Il 2 luglio alla Scuola Convitto per le Infermiere della Croce Rossa Italiana ha avuto luogo la consegna dei diplomi alle allieve che dopo due anni di corso e di pratica nelle cliniche medica e chirurgica del Policlinico hanno superato gli esami ed ottenuta l'abilitazione professionale. Oltre a ciò furono consegnati alle Assistenti Sanitarie i diplomi supplementari del corso della Cassa Nazionale Assicurazioni e del corso di Puericultura

dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia. Furono inoltre consegnati i diplomi di grado superiore alle Infermiere Volontarie dell'Associazione.

Consegnando gli attestati il Regio Commissario della C. R. I. gr. uff. dott. Piomarta rivolse alle diplomate opportune parole.

Assistevano alla cerimonia: il prefetto conte d'Ancora, il direttore generale della C. R. prof. Baduel, la Delegata per le infermiere Marchesa di Targiani, il R. Provveditore agli Studi conte Salimei, i proff. Ascoli, Dalla Vedova dell'Università, il prof. Collina delegato della Sanità Pubblica, il col. Ricci delegato della Sanità Militare, i proff. Loriga e Giannini della Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali, il prof. d'Ormea dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, il prof. Pastore del Governatorato, i proff. Signorelli, Sabatini, Brancati, la Presidente del Comitato Ass. San. duchessa Cito, con la Direttrice della Scuola sig.na Leonesi e con la Segretaria sig.na Torti, le Ispettrici della Scuola Convitto sig.ra Dalla Vedova e sig.na Pilastrini, l'Ispettrice delle Infermiere Volontarie, sig.na Gargiolli, la Direttrice della Scuola Convitto della C. R. I. Marchesa Stagno di Soreto.

Le Scuole della Croce Rossa provvedono a formare le tre categorie di Infermiere: 1) *Infermiere ospedaliere* che a norma del Decreto Legge 15 agosto 1925 conseguono il diploma dopo due anni di scuola convitto studiando e facendo pratica nelle Cliniche Universitarie; 2) *Assistenti Sanitarie* che, con un terzo anno di specializzazione vengono abilitate all'assistenza sanitaria igienico-sociale; 3) *Infermiere Volontarie* che seguendo un'antica tradizione frequentano corsi esterni di due anni per essere pronte a dedicare la propria attività a pro delle opere assistenziali dell'Associazione in tempo di pace ed in occasione di pubbliche calamità.

Alle Terme della Porretta.

Promossa dalla Società Italiana di Laringoiatria presieduta dal prof. Brunetti di Venezia, i cultori della specialità hanno tenuto una riunione, il 5 giugno, nelle terme di Porretta. Guidati dal prof. Ferrai e dal comm. Spreafico, hanno visitato gli stabilimenti.

Opere assistenziali per gli studenti universitari.

L'Università di Bari ha la Casa dello Studente in piena efficienza con 130 letti, sale di studio, biblioteca, musica, circolo, bagno e ogni altro *comfort*: segue Roma, che la possiede meno lussuosa: è stata creata dall'Opera Cardinal Ferrari; delle 24 Università del Regno solo altre sette (Bologna, Genova, Messina, Milano, Padova, Pavia, Siena) posseggono la Casa dello Studente in progetto.

Il 70° compleanno di Wagner-Jauregg.

Di recente il prof. Wagner von Jauregg, direttore della Clinica psichiatrica di Vienna ha celebrato il 70° compleanno. Il Wagner rappresenta la scuola conservatrice della psichiatria tedesca, così egli ha assunto un'attitudine di scetticismo di fronte alla psicoanalisi e un'attitudine di opposizione di fronte agli studi sullo spiritismo, che va ora sotto il nuovo termine di psichismo. Ciò non toglie che egli sia uno dei pensatori più originali e più prolifici. Il suo nome è particolarmente legato alla malarioterapia delle malattie mentali e alla profilassi del gozzo endemico e del cretinismo con sale iodato; destarono vivo interesse anche i suoi studi sull'etiologia gastro-intestinale di alcune forme mentali e sulla patologia delle neuriti. Egli ha lumeggiato l'importanza medico-legale della psichiatria, il che lo ha posto in vivaci contrasti con le autorità giuridiche, le quali vedono la delinquenza dove egli dimostra la psicopatia.

Ingrandimento della Università di Washington.

È in costruzione un edifizio di tre piani, destinato ad allogare le Sezioni di odontoiatria e di farmacia della « Howard University School of Medicine » di Washington; potrà accogliere 300 studenti in più di quelli che sono ora ammessi; l'auditorium sarà capace di 500 posti. L'edifizio è costato 500,000 dol.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di maggio 1927.

MALATTIA	2 8		9-15		16 22		23-29	
	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi
Morbillo	302	1864	299	1866	294	1864	280	1486
Scarlattina	111	273	122	271	126	317	128	401
Varicella	119	314	133	349	109	258	104	249
Vaiuolo e Vaiuoloide	1	1	1	1	3	7	—	—
Tifo addominale	176	322	141	236	169	289	201	347
Dissenteria	4	4	2	2	3	3	3	4
Difterite e croup	154	250	147	244	152	249	137	228
Meningite c. s. e.	18	19	6	6	6	6	11	12
Poliomielite a. a.	5	6	2	2	2	2	6	7
Encefalite letargica	10	10	5	6	3	3	6	6
Rabbia – morsicati	73	143	72	122	64	107	68	122
Rabbia – dichiarata	—	—	—	—	—	—	1	1
Pustola maligna	14	14	16	20	16	18	13	14

Tifo petecchiale, Colera asiatico, Peste bubbonica = Nessuna denuncia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Mediz. Klinik, 18 feb. — C. BRUHNS. Il trattamento salvarsanico precoce aumenta i rischi di aortite e metalue nervosa tardive? — F. REICHE. Patogenesi dell'ulcera gastr.

Riforma Med., 7 feb. — A. BARLOCCO. Cirrosi alcoolica ipertrofica. — G. A. NITO. Osteomalacia senile.

Wien Arch. inn. Med., 3. — F. HÖGLER e K. UEBERRACK. Influenza del contenuto d'acqua e sale dei cibi sull'azione diuretica dell'acqua e delle soluz. acquose di elettroliti e anaelettroliti. — J. DANIEL e F. HÖGLER, K. UEBERRACK. Ricambio dell'acqua e dei sali dopo il sudore. — J. DANIEL e F. HÖGLER. Inibizione delle diuresi mediante infundibulina. — F. DEPISCH e F. Högler. Clinica e patogenesi del diabete insipido. — W. FALTA e H. HÖGLER. Ricambio dell'acqua nel mixedema e nel m. di Basedow. — W. FALTA e F. HÖGLER. Edema di origine oscura. — F. DEPISCH. Prove di tolleranza nel diabete mellito. — F. DEPISCH. «Colazione di zucchero» per provocare la fame e l'ingrassamento.

Arch. Mal. du Coeur, ecc., feb. — E. FROMMEL. Azione cardiaca del cloruro di calcio.

Revue Franç. d'Endocrin., dic. — P. SACHAROFF e S. DANEKOFF. Azione paradossale dell'insulina.

Bull. Ac. de Méd., 15 feb. — M. RENAUD e C. JUGE. Caratteri ed evoluz. della recente epidemia d'influenza. — A. VAUDREMERS. Ricerche sul bacillo tbc.; applicazioni terapeutiche.

Brasil-Med., 29 gen. — A. DIAS. La sensibilità cosmica.

Paris Méd., 19 feb. — Numero sulle malattie respir.

Annali d'Igiene, gen. — G. PARRINO e A. DOMINICI. Sostanze ad azione vitaminica nell'aglio.

Minerva Med., 20 feb. — L. FONTANA. Leucemia e malaria.

Ann. de Méd., feb. — J.-F. MARTIN. Istogenesi degli stadî iniziali della cirrosi epatica.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. ASCOLI, Red. resp**

ANNO XXXIV Roma, 1° Agosto 1927 Fasc. 31

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Metodo rapido di identificazione del tipo di meningococco nella meningite cerebrospinale epidemica.

Prof. TOMMASO PONTANO,
medico primario nel Policlinico di Roma,
docente di Clinica Medica.

In altro lavoro (*Policlinico*, Sez. prat., 1927, n. 22) mi sono brevemente intrattenuto sulla sieroterapia antimeningococcica e sui reperti bacteriologici in casi sporadici di meningite cerebrospinale. Ho potuto notare: 1) che la *sieroterapia precoce e generosa*, (per via intrarachidea, endovenosa, intraventricolare e della cisterna) *con siero polivalente, per lo più fallisce;* 2) che nei reperti bacteriologici *si possono identificare più frequentemente meningococchi del Tipo B, C, D, che non del tipo A, e talora anche atipici.* Concludevo per la *manifesta necessità dell'uso dei sieri specifici monovalenti* corrispondenti cioè a ciascuno dei tipi noti.

Purtroppo l'uso di questi sieri incontra difficoltà pratiche notevoli: in Italia non si produce ed io sono grato alla generosa concessione della direzione degli Ospedali, che mi ha fornito siero dell'Istituto Pasteur di Parigi. Ma la difficoltà maggiore è d'indole tecnica: si può scegliere il siero monovalente da adoperare solo quando sia stato esattamente diagnosticato il Tipo di meningococco. Ora l'identificazione fa perdere un tempo preziosissimo nella cura della meningite cerebrospinale.

Le statistiche di mortalità salgono dal 14 al 36 % (Flexner), dal 20 al 33 % (Netter e Debré), dall'8 al 24 % (Dopter), dal 24 al 50 %, dal 9 al 50 % (Robb), se, invece che nei primi giorni, si interviene tardivamente. Più si differisce la cura, più le lesioni si aggravano e divengono irreparabili; temporeggiare significa danneggiare il ma-

lato; « bisogna ricordare, dice Dopter, che in tema di meningite cerebrospinale epidemica è questione talora di ore e che un ritardo nell'intervento può essere fatale al malato ». Netter perfino afferma che « val meglio esporsi a praticare una iniezione di siero in casi in cui la diagnosi è soltanto dubbia, che perdere un tempo prezioso, di cui si ignora il valore; che diminuire la possibilità di guarigione, aumentando il rischio delle complicazioni irreparabili, come la sordità completa e definitiva, ecc. ».

Molti medici di fronte a tali pericoli, e, dinanzi alla necessità dell'attesa del reperto bacteriologico, preferiscono agire col siero polivalente per una ingiusta misura del danno e della loro responsabilità.

La diagnosi del Tipo di meningococco è finora affidata ad una unica tecnica; isolamento in cultura pura del germe, agglutinazione del germe isolato coi sieri agglutinanti specifici. La cultura deve essere allestita in agar siero, meglio in agar T, per evitare gli stipiti « autoagglutinanti a causa del terreno ». Quando la ricerca proceda dirittamente e senza inconvenienti, anche in un laboratorio bene attrezzato, sono necessarie 48, al minimo 36 ore. Se la prima cultura non riesce utile per le agglutinazioni, allora si possono perdere anche tre giorni, mentre l'ammalato può rapidamente peggiorare.

Non vale, per la identificazione del tipo, saggiare il potere agglutinante del siero del malato coi vari tipi di meningococco a simiglianza di quanto si pratica per tifi e paratifi perchè la capacità agglutinante nel siero del malato compare tardivamente, non prima del 7°-8° giorno e la cura deve essere precoce, non più tardi possibilmente del terzo giorno.

Ho pensato che un metodo, che permetta un precoce e sicuro riconoscimento del tipo di meningococco, che, caso per caso, può essere in questione, rappresenta la condizione essenziale per rendere di facile e diffusa applicazione la sieroterapia col siero monovalente. Lo studio del problema mi ha condotto ad una tecnica che è stata coronata dal successo.

Il metodo che io propongo è fondato sulla *possibilità di avere direttamente nella prima cultura in terreno liquido il germe in cultura pura e contemporaneamente agglutinato dal siero specifico per il tipo.* Tale principio detto della « *agglutinazione allo stato nascente* » era già dal Bandi stato applicato per la rapida diagnosi del colera, ponendo un frammento di feci sospette in cultura in acqua peptonata contenente il siero agglutinante per il vibrione colerico.

Il principio, che non era stato mai tentato per la identificazione dei vari tipi, trova invece una applicazione ideale, specie per i bisogni della terapia.

La tecnica di cui mi servo è la seguente:

In sei tubi sterili distribuisco 2 cmc. di brodo (Ph = 7), può essere utile anche il brodo comune. Aggiungo a ciascun tubo siero agglutinante rispettivamente per il meningococco A, B, C, D, al 5° tubo egual quantità di siero di cavallo; l'ultimo tubo resta come controllo senza aggiunta di siero. La quantità del siero specifico da aggiungere è indicata dal titolo agglutinante del siero stesso. Preferisco perchè la reazione sia più netta di non giungere al titolo massimo: per es. se il titolo è 1:300 uso il siero al titolo 1:150. I terreni sono così pronti per l'uso.

Praticata la puntura lombare, lasciato scorrere il liquor finchè esso viene a gocce, si fanno cadere in ciascuna provetta due o tre gocce di liquor del malato. Le provette si mettono subito in termostato a 37°.

Con l'agglutinoscopio già dopo 13-14 ore si vede l'agglutinazione; ma dopo 18 ore macroscopicamente essa è evidente anche ad occhio non esercitato. La qualità del siero aggiunto nel tubo nel quale l'agglutinazione si è prodotta determina il tipo. Così se l'agglutinazione è avvenuta solo nel tubo nel quale è stato aggiunto il siero anti D si tratterà del meningococco tipo D.

La tecnica si può rendere ancora più semplice: invece del brodo ho usato *la soluzione fisiologica sterile* (*0,91* %); bastano l'aggiunta del siero agglutinante e le poche gocce di liquor *per trasformare la soluzione fisiologica in ottimo terreno di cultura.* Dirò anzi che il fenomeno dell'agglutinazione è bellissimo, perchè lascia limpida la colonna di liquido con precipitato ficoccoso al fondo, a differenza del tenue intorbidamento uniforme degli altri tubi.

Dopo 18 ore adunque si ha la cultura pura, che si deve controllare microscopicamente con allestimento di preparato colorato col Gram.; si ha la cultura agglutinata macroscopicamente dal siero specifico; si può subito e con sicurezza procedere alla cura col siero monovalente, che rappresenta nel momento attuale, l'unica speranza nelle mani del medico curante.

Poche note e qualche dettaglio.

Quando non si possiedano i sieri test. agglutinanti, i *sieri curativi stessi monovalenti* possono servire ottimamente allo scopo, purchè siano anticipatamente titolati; attualmene io mi valgo di quelli dell'Ist. Pasteur di Parigi.

Possono presentarsi agglutinazioni di gruppo o può accadere che il germe non si agglutini con nessuno dei sieri test. Per le reazioni di gruppo nella pratica bisogna badare alla *precocità* e alla

intensità del fenomeno agglutinante; come mezzi di orientamento raramente falliscono. Mentre la cura si intraprende col siero che ha dato il fenomeno agglutinante precoce e più intenso, sarà bene coi metodi del Castellani e con la determinazione del titolo accertarsi della esattezza della determinazione.

Se il germe isolato è agglutinabile con tutti i sieri compreso il siero di cavallo, l'identificazione riesce impossibile; ma tali stipiti sono rarissimi e non sono capitati mai nella nostra esperienza.

Se non si agglutinano con nessuno dei sieri *test*, il meningococco è atipico ed allora la terapia si limiterà ad un tentativo col siero polivalente.

Data la semplicità della tecnica, i terreni con i relativi sieri agglutinanti si possono preparare estemporaneamente; *bisogna però essere accuratissimi nel mantenere una assoluta sterilità*, norma che si trascura abitualmente nelle comuni prove di agglutinazione. Bisogna essere sicuri che il siero agglutinante sia sterile e perciò è opportuno tenerlo in piccole fiale, sì da non servirsi mai di una fiala già aperta. Si possono preparare anticipatamente i terreni e saggiarne la sterilità col termostato, e poi tenerli in frigo con cappuccio di gomma. Preferisco l'allestimento estemporaneo.

Se è stato inoculato nel rachide siero polivalente, il metodo può mantenere il suo valore, come in uno dei nostri casi.

Il metodo dell'*agglutinazione allo stato nascente*, applicato alla identificazione del tipo dei meningococchi, è per ora il più rapido e sicuro mezzo per rendere pratica la sieroterapia monovalente nella meningite cerebrospinale epidemica.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE PER TRAUMATIZZATI « BENITO MUSSOLINI » della CASSA NAZIONALE INFORTUNI - BOLOGNA.

Ematuria calcolosa e infortunio.

Dott. MANLIO MONTANARI.

I dati statistici in genere e in special modo quelli del Küster che su 30.000 malati della clinica di Basilea, registra 10 lesioni renali delle quali una sola aperta, provano che i traumi del rene non rappresentano una eventualità frequente.

Anche in infortunistica tale lesione è rara e la ragione principale è dovuta principalmente alla particolare ubicazione dei reni, riparati e protetti dalle costole e dallo spesso strato muscolare.

Vario quanto mai può essere il meccanismo traumatico perchè oltre alle forze esterne che agiscono direttamente sulla regione renale, dall'avanti, di lato, posteriormente, sotto forma di urti, di colpi, o nell'abbattersi del corpo per la caduta o per la compressione di due lati, ve ne sono altre che possono partire da un punto del tutto lontano dal rene (contraccolpo), ed altri infine determinate da uno sforzo muscolare nel sollevare un grande peso, nel salto, nella lotta.

A questo proposito Imbert dice « anche un semplice sforzo, purchè violento, può essere causa della contrazione addominale e contundere il rene durante una stretta dell'organo fra la 12ª costola e l'apofisi trasversa della 1ª lombare. Di solito è il rene D. più facilmente colpito ».

Anche il Morris ammette tale meccanismo e lo chiama « torchio addominale ». Contrari a questa tesi sono fra gli altri Thoinot e Marqueste che consigliano un'estrema prudenza nell'accettarla, affermando che ad essa si deve ricorrere soltanto quando lo sforzo sia stato eccessivamente violento. Per dimostrare l'importanza che può avere il trauma potrei citare per tutti, il caso di Bazy; di un ematoma perirenale e di rottura di un tratto di parenchima renale in un impiegato di commercio che aveva qualche tempo prima urtato contro lo spigolo di una scrivania senza aver risentito immediatamente fenomeni speciali. Senza dubbio bisogna tener conto dello stato predisponente che può spiegare una sindrome che si manifesta grave dopo una lesione che, di per sè, non sarebbe apparsa sufficiente.

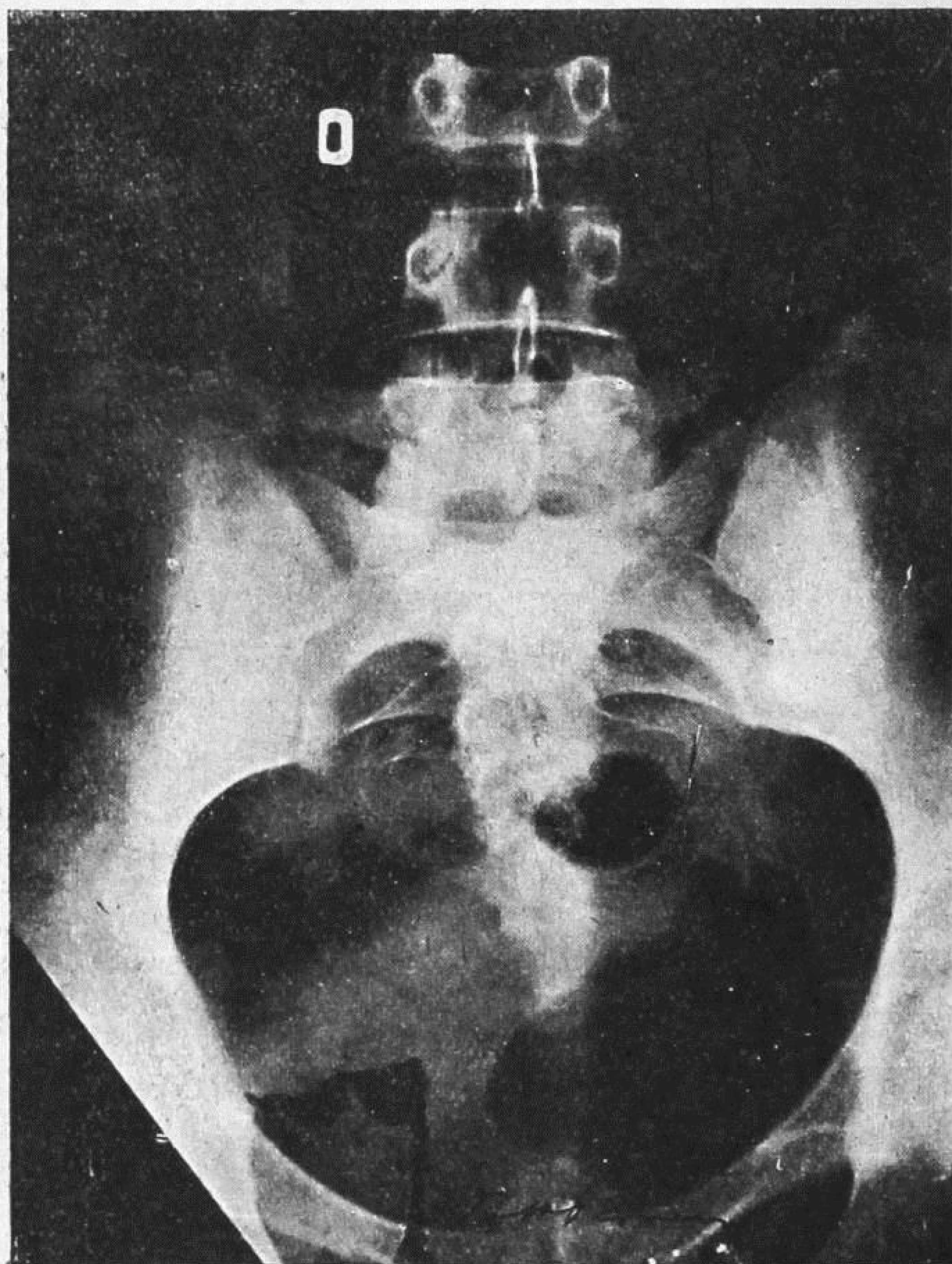
* * *

Credo valga a confermare quanto più sopra ho detto e portare un contributo sulla valutazione del danno e sulla sua risarcibilità, la storia cli-

nica e la successione morbosa di una giovane donna che è stata degente in questo Ospedale.

Alfonsina S., di anni 23, operaia in una segheria, il giorno 3 ottobre del 1925, volendo muovere e trascinare una cassa piena, avvertì un violentissimo dolore al fianco D. che le impedì di continuare il lavoro.

Coricatasi su di una panca, ebbe poco dopo lo stimolo imperioso alla minzione. L'urina emessa senza fatica fu nettamente ematica e perciò la donna fu condotta e ricoverata d'urgenza all'Ospedale « Benito Mussolini » mentre perduravano i dolori.



Radiogramma N. 1.

L'anamnesi remota c'informa che l'operaia non ha mai sofferto malattie gravi; ebbe due gravidanze e due aborti. Circa quattro mesi fa aveva però notato che le urine erano torbide e pollachiuria; disturbi ai quali l'operaia non diede alcuna importanza. L'esame obbiettivo dell'apparato respiratorio e circolatorio è negativo.

L'addome è piuttosto voluminoso; l'aia epatica nei limiti normali; la palpazione bimanuale della regione renale S. non dà sensazioni speciali ed è indolente. A destra si riesce con fatica a palpare il polo inferiore del rene e si risveglia vivissimo dolore in tutta la regione renale destra e sui punti ureterali. L'esame ginecologico mette in rilievo un lieve stato infiammatorio dell'annesso di destra. Invitata ad urinare, la paziente emette urina ematica e torbida; la minzione non è dolorosa e determina un notevole senso di sollievo.

Durante la notte, i dolori si sono mantenuti forti e costanti ed hanno ceduto a somministrazione abbondante di Pantopon; la paziente non ha avuto nè conati, nè vomito.

L'urina globale delle 24 h. è sempre ematica in toto, la quantità supera di poco 1500 cmc. Alla sera del giorno dopo (5 ottobre) le urine cominciano a chiarificarsi per divenire quasi totalmente limpide il giorno 6. I dolori si sono pure notevolmente attenuati e vengono provocati solo dalla palpazione bimanuale. Il reperto microscopico dell'urina raccolta il giorno 7 dà presenti: cristalli di ossalato, scarse emazie, molti leucociti, cellule di sfaldamento vescicale.

Cistoscopia. — Vescica di capacità normale (circa 250 cmc. di soluzione di ossicianuro di Hg. 1:5000). La mucosa vescicale appare normale in tutte le sue parti. Lo sbocco ureterale di sinistra è normale e il catetere risale l'uretere sino al bacinetto; l'urina fuoriesce a poussée; è limpida e nel sedimento non si riscontrano elementi patologici.

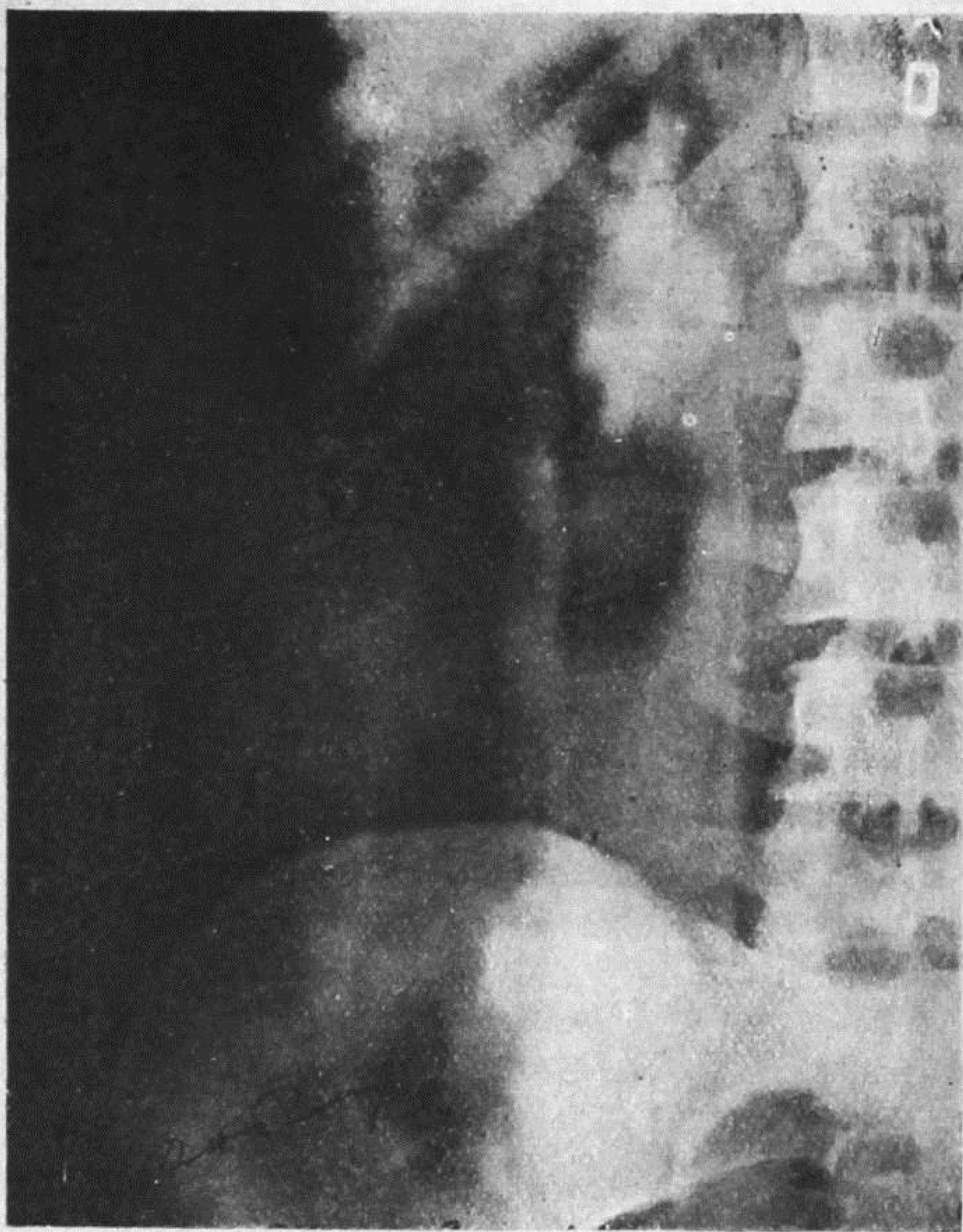
Lo sbocco ureterale di destra ha un alone lievemente arrossato; con una certa difficoltà si riesce ad imboccare l'uretere ma dopo circa 7 cm. il catetere non procede più oltre, e per quanti artifici si adoperino, l'ostacolo non viene superato. L'urina che esce dal catetere di questo lato è in minor quantità, ma limpida, e normale è anche il sedimento.

Sottoposta l'inferma all'indagine radiologica (dott. Roversi) si ha questo reperto: In corrispondenza della regione pelvica dell'uretere destro è visibile un calcolo della grandezza di un grano di frumento più intensamente calcificato nel suo nucleo centrale (V. Radiogramma n. 1). Si procede allora alla pielografia destra con bromuro di Na al 20 %. Il catetere riesce a superare l'ostacolo riscontrato la prima volta ed arriva fino al bacinetto; vengono iniettati circa 80 cmc. di bromuro di Na. La radiografia eseguita subito dopo (V. radiogramma n. 2) mostra che il decorso dell'uretere, il bacinetto e i calici renali sono normali; ma invece di un solo calcolo se ne vedono due, lungo il decorso dell'uretere, l'uno sopra la cresta sacrale, l'altro quasi a livello dell'apofisi trasversa della 2ª vertebra lombare. Trascorso qualche giorno da queste manovre che avevano dato all'inferma disturbi di vario genere: nausee, anoressia, lieve elevazione termica, malessere generale, si ripete la radiografia (V. 3º radiogramma) e il reperto per i calcoli è completamente negativo; nessuna traccia di bromuro di Na.

Nell'ultimo periodo di degenza dell'inferma in Ospedale le urine si sono mantenute costantemente limpide; non si è mai avuto accenno nè a coliche nè a ematuria. Il sedimento dimostrava sempre cristalli di ossalato, qualche globulo bianco, qualche cellula vescicale di sfaldamento, non emazie. I dolori si verificavano solo esplorando con le mani la regione renale D. La Wassermann risultò negativa; l'inferma fu dimessa dall'ospedale dopo due mesi dall'infortunio.

Il caso descritto si presta a qualche considerazione dal lato clinico e medico-legale. Un'operaia in perfetto stato di salute, almeno apparente, abituata a compiere quotidianamente fatiche muscolari, per uno sforzo non superiore (a detta della malata) a quelli abituali, vien colta da un dolore violentissimo alla regione renale D. e subito dopo compare ematuria.

Il dolore localizzato e l'ematuria deponevano per una colica nefritica; se fosse questa di natura calcolosa o di altra specie non era possibile chiarire in un primo esame. Dopo due giorni di riposo in letto le urine erano ritornate normali mentre il dolore più o meno accentuato e spontaneo, persisteva. La cistoscopia e più specialmente l'ostacolato cateterismo dell'uretere D. orientavano sempre più verso la diagnosi di una lesione dell'apparato urinario D. Se il rene fosse stato ptosico si sarebbe potuto pensare ad un inginocchiamento dell'uretere, ma il polo inferiore del rene era appena palpabile. Non solo, mancava anche uno dei sintomi che più frequentemente accompagnano tale lesione: l'anuria. Infatti dal



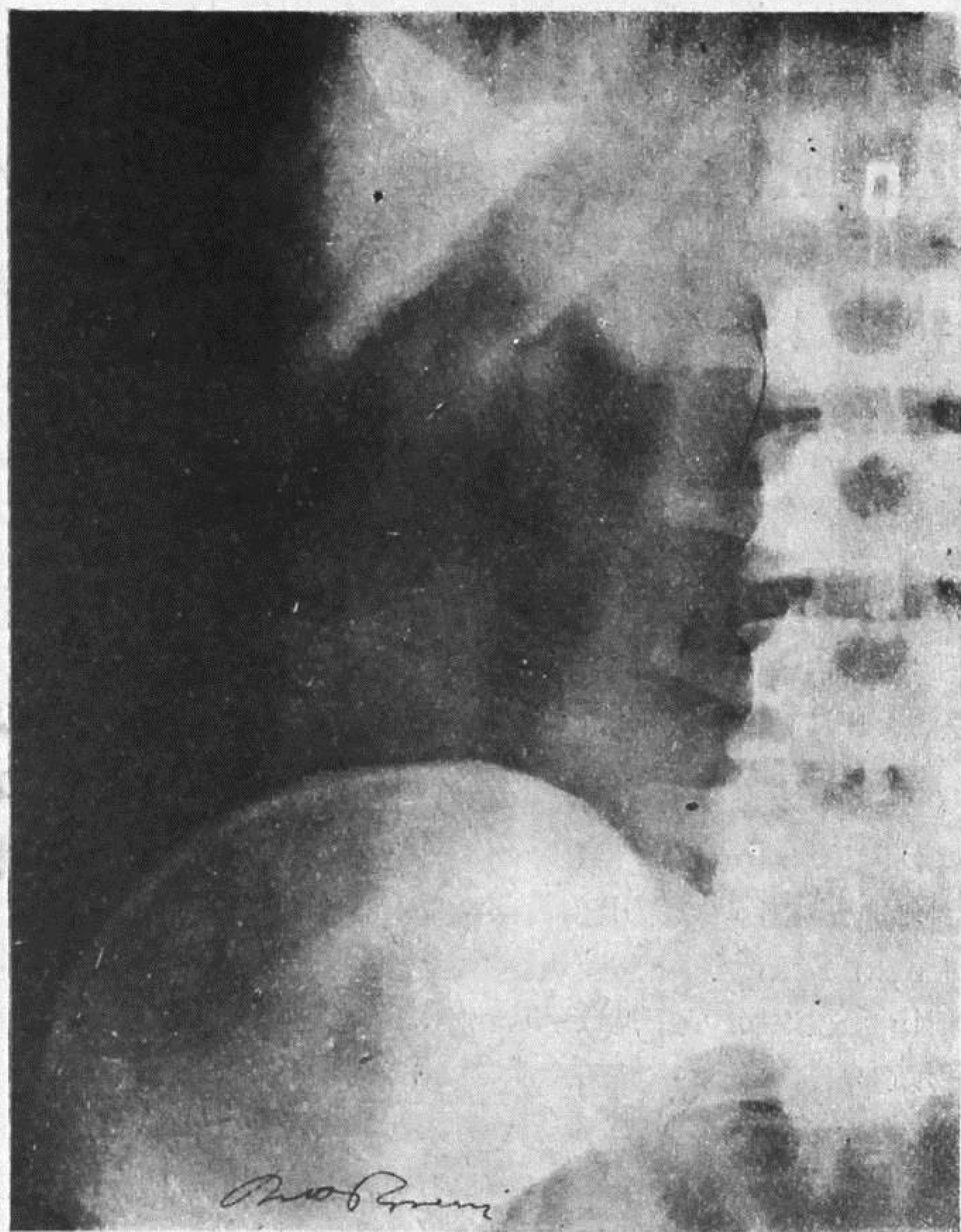
Radiogramma N. 2.

catetere introdotto per così breve tratto, fuoriusciva urina a poussée sebbene in minor quantità che a sinistra.

Abbandonata tale ipotesi, la diagnosi di calcolosi ureterale si presentava molto probabile e fu nettamente rivelata e confermata dal primo radiogramma. La pielografia eseguita poco tempo dopo doveva riservare delle sorprese; il catetere superava l'ostacolo incontrato la prima volta e la lettura del secondo radiogramma, mentre mostrava un decorso normale dell'uretere ed una replezione completa del bacinetto e dei calici renali, rivelava la presenza non più di una, ma di due ombre, la prima sopra la linea sacrale superiore e la seconda nella regione lombare. Riunendo idealmente in una sola le due ombre si raggiunge la grandezza del grano di frumento che aveva il calcolo primitivo e se si pensa alla sua diversa densità, si può spiegare come la frammentazione possa essere stata possibile e come il catetere abbia superato l'ostacolo spingendo più in alto la parte meno calcificata del calcolo. Il terzo radiogramma dimostra come si fosse verificata l'eliminazione dei calcoletti (che però non furono trovati nelle urine) trasportati in vescica ed emessi assieme al bromuro di Na.

*
* *

Esposti i criteri clinici i quesiti infortunistici da risolvere erano i seguenti:



Radiogramma N. 3.

Da quale causa era stata determinata l'ematuria?

Si può discutere in questo caso di una causalità vera e propria indipendentemente da uno stato anteriore o piuttosto da uno stato predisponente che in seguito al trauma si è aggravato?

Il rapporto fra trauma ed ematuria è troppo evidente per poterlo negare, mentre è da porre in dubbio che il trauma da solo l'abbia potuto determinare. Pertanto è da ritenersi che vi fosse uno stato predisponente (calcolosi del rene o della pelvi) e che lo sforzo fatto, anche lieve, non abbia avuto bisogno di essere eccessivo per favorire la discesa del calcolo nell'uretere causando la colica e l'ematuria; quindi aggravamento della lesione primitiva.

Settembre, 1926.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI GENOVA
diretto dal Prof. NICOLA PENDE.

La radioscopia toracica nella profilassi sociale e particolarmente infantile.

Dott. PIETRO CIGNOLINI, capo del rep. radiologico.

Nel dopo guerra l'uso dei raggi X in diagnostica si è esteso molto rapidamente. Ogni giorno assistiamo al sorgere di nuovi impianti pubblici e privati; e questa è la miglior prova che i vantaggi eccezionali del metodo radiodiagnostico sono oggi apprezzati al loro giusto valore dai medici e dal pubblico, spogli ormai dalle prevenzioni opposte che per scarsa esperienza nutrivano. Opposte, poichè da un lato il pubblico grossolanamente incoscio riponeva nel metodo speranze esagerate; dall'altro i medici reagivano all'attesa miracolista restringendo l'indicazione per l'esame Roentgen a troppo scarsi casi, paghi nel restante — i più valorosi — di mettere in gara la semeiologia clinica colla radiologica per dimostrare supposte sùperiorità, dove non sono che complementi vicendevolmente indispensabili.

Tutto ciò è sorpassato. I residui di questa mentalità, dove ancora esistono, spariranno quando i molti giovani che le veramente buone scuole radiologiche italiane stanno preparando avranno presi i loro posti.

Il momento quindi è maturo, a mio parere, per porre la questione della applicazione della radiodiagnostica alla prevenzione di malattie sociali. Attualmente nessuna collettività giunge *primitivamente* all'esame radiologico. Siano reclute o scolari, frequentatori degli ambulatori antitubercolari o dei policlinici, vanno allo schermo fluorescente solo coloro che gli internisti esaminatori reputano meritevoli di accertamento radiologico.

Solo qualche ospedale fa passare al reparto radiologico tutta la sua popolazione e qualche ambulatorio antitubercolare tutti i suoi frequentatori; ma quì siamo già fra masse di malati o di sospetti; mentre le due *grandi leve* della prevenzione sociale, la scuola e la caserma, non usufruiscono dell'esame radiologico se non quando l'esaminatore ha dei sospetti che *giustificano* la sua richiesta di esame radiologico, se non quando egli abbia un *quesito* da porre al radiologo.

Ora, mi si conceda la parola, questa restrizione è passatista. Richiamo quì una frase che nella sua apparenza paradossale scolpisce come meglio non si può la situazione; oggidì *chi nell'esame del torace ritiene superflua la radioscopia fa come chi per dimostrare la propria bravura rinunziasse all'ascoltazione.* L'ho udita — qualche anno fa — dal mio Maestro in radiologia Vittorio Maragliano, la cui prudenza e innata modestia sono solo pari alla sua ben nota esperienza diagnostica.

Chi passa la sua vita dinnanzi allo schermo fluorescente ogni giorno rafforza la propria convinzione che non esistono casi di ambito radiologico e casi di ambito clinico, ma che l'esame radiologico si è ormai aggiunto in modo indissolubile agli altri metodi semeiologici, e a volta a volta preminente di gran lunga sugli altri o dagli altri superato, ma pur prezioso complemento, è di doveroso impiego per l'accertamento diagnostico per lo meno quanto gli altri metodi Quotidianamente noi specialisti scopriamo per es. aortiti luetiche, linfoadeniti mediastiniche e ilari, focolai parenchimali polmonari, calcificati o no, peribronchiti, stenosi mitraliche, tumori mediastinici, pleuriti interlobari, non riconosciute e non riconoscibili molte clinicamente. Bisogna a questo proposito affermare un concetto che in pratica è essenziale. E cioè che vi sono accanto a lesioni clinicamente non riconoscibili in modo assoluto, lesioni non riconoscibili in modo relativo. E cioè esse non sono rilevate perchè non si è ad esse pensato. Un esame accuratissimo le farebbe sospettare od accertare; ma l'esame accuratissimo si fa bene in una clinica, viribus unitis, e in parecchi giorni; mentre in un esame ambulatorio non si ha nè tutto questo tempo nè tanti mezzi, nè tanta competenza e interesse generico.

Quindi i casi non riconoscibili all'esame clinico sono in pratica più numerosi di quel che appaia se si considera la questione in teoria. L'importanza sociale di questi casi è grande, di qualunque età si tratti, ma sopra ogni altra primeggia l'età prepubere.

Una recente circolare di S. E. Mussolini ha richiamato l'attenzione di igienisti ed autorità sopra l'importanza sociale dell'adenoidismo tubercolare, che insidia gravemente la nostra infanzia; orbene vi è un adenoidismo interno, mediastinico, ilare che colla semeiologia clinica è difficilmente valutabile, mentre radiologicamente è addirittura *numerabile*.

Non parlo delle forme peribronchiali, bronchiali, broncopolmonari, nelle quali sono ben noti gli insegnamenti dell'esame radiologico; richiamo invece particolarmente l'attenzione sulla frequenza delle forme sierose, pleuriche, mediastiniche, pericardiche, scoperte radiologicamente; e

sulla eventualità di endocarditi o alterazioni cardiovasali d'origine congenita o acquisita infantile, mute clinicamente e radiologicamente apprezzabili; e sulla eventualità di ipertrofia timica radiologicamente confermabile.

Tutte forme che alla crisi pubere pesano con improvviso gravame, e scompensano il soggetto. Di quì il vantaggio enorme individuale e sociale del loro riscontro tempestivo. Esso è reso possibile e agevole solo dall'esame combinato clinico-radiologico. Io ne ho fatto certa esperienza non solo dal quotidiano lavoro di ambulatorio, ma specialmente dall'avere esaminato per preghiera del dott. Vidoni intere classi elementari, fra i 10 ed i 13 anni. Dalle mie relazioni (che il dott. Vidoni stà per pubblicare, inquadrate con altre osservazioni), si rileva la frequenza insospettabile di lesioni di vario genere in questa età veramente critica dello sviluppo individuale.

L'organizzazione medica scolastica non chiude fra le sue maglie questi casi, che passano alla vita lavorativa mentre si svolge la crisi pubere, inconsci delle proprie debolezze, con danno personale e sociale grandi. Questa affermazione è grave, ma io la mantengo perchè l'esperienza mi assicura che questa grande superiorità del metodo combinato clinico-radiologico potrà dimostrarsi quando che sia.

Voglio ricordare che questa verità fu intuita, e son già parecchi anni, dal prof. Regazzi, che quì in Genova sottopose, in collaborazione colla dottoressa Saggioro e col dott. Porro, numerosi fanciulli all'esame radioscopico toracico. Dopo di lui, a quanto mi consta, in qualche altra città italiana si fecero dei saggi in questo senso, ed io pure, fra gli ultimi, ne faccio da due anni.

Bisogna rendere onore a questi tentativi, e trarne argomento da un lato per vieppiù affermare il sentito bisogno di una organizzazione profilattica radiologica scolastica, dall'altro per ammonire che l'opera deve essere sull'intera massa scolastica, e quindi organizzata solidamente e permanentemente a tale grande compito, o non essere; giacchè in questo caso gli esami radiologici « per campioni » o su designazione hanno un valore individuale talora altissimo, sociale scarso o nullo.

Si potrebbero avanzare obbiezioni sulla possibilità tecnica ed economica.

1) Possibilità tecnica. Tempo: nessun esame è rapido come la radioscopia toracica di un fanciullo, purchè chi la pratica sia un vero esperto del quadro radioscopico. Possono bastare uno o due minuti primi; difficilmente più di quattro; le registrazioni si possono dettare contemporaneamente; il cambio degli infermi allo schermo deve essere bene organizzato, dopo aver dato nome, età ecc.; in tali condizioni un buon esame non occupa più di 5 primi per soggetto in media.

Apparecchi: nelle piccole città, provviste di impianto radiologico ospitaliero, potranno le scolaresche recarsi per turno all'ospedale. Nelle grandi città invece, la densità di popolazione scolastica, le grandi distanze, i disagi della strada, la distrazione dal lavoro didattico di insegnanti, e altri argomenti, consigliano di creare sezioni ambulanti radiologiche. Questa è la soluzione che, per la esperienza fatta, ha adottato in Genova l'Istituto Biotipologico Ortogenetico diretto dal prof. Pende e di cui io sono radiologo. Praticamente, noi abbiamo adottato un apparecchio trasportabile italiano (Balzarini), abbastanza robusto per resistere al grande lavoro richiesto in questi casi. È noto che tali tipi di apparecchi sono animati da una qualunque presa di corrente alternata, quale si trova in qualunque ambiente cittadino.

Poichè fino ad ora invece non esisteva in commercio un tipo di ortoscopio smontabile e leggero, io ne ho disegnato un tipo, che affiderò alla costruzione della stessa Ditta Balzarini, che resulta semplice e poco costoso.

2) Possibilità economiche. Risultano da quanto ho detto sopra. Nelle piccole città la spesa viva si riduce al consumo della corrente, che è calcolabile in pochi centesimi per soggetto, ed al consumo del tubo, che a regime di radioscopia infantile è assolutamente minimo. Nelle grandi città vi è la spesa dell'acquisto della sezione radiologica ambulante, che non dovrebbe superare le 15 mila lire. Quanto al personale scientifico, poichè in questi esami, in cui così spesso si è al limite fra il normale e il patologico, occorre una buona competenza, quale solo un provetto radiologo può avere, non si può pensare a fare dei medici scolastici degli improvvisati radiologi. Ma d'altra parte nessuna categoria ha dato mai maggiori prove di abnegazione degli specialisti radiologi; e quindi il problema del personale scientifico troverà ovunque la sua più idonea e semplice soluzione.

La creazione di una scheda radiologica per ogni scolaro avrà una importanza profilattica notevolissima. E se, come io spero, in avvenire si giungerà al censimento radiologico-clinico della popolazione scolastica nelle tre età infantile, prepubere, pubere, e magari nel primo esame si praticherà un radiogramma per i successivi confronti, si sarà realizzato nel campo della profilassi, specialmente delle malattie respiratorie e circolatorie, un enorme progresso.

COMMENTI.

A proposito di lotta contro i tumori maligni. I centri anticancerosi.

Ho letto con molto interesse e non senza profitto quanto il dott. Chizzola ha scritto recentemente sul *Policlinico* (Sez. Prat., fasc. 20 del 1927) ispirandosi a quanto fa la Lega Franco-Anglo-Americana all'estero, specie a Bruxelles. Egli traccia da par suo un programma che io chiamerò massimo, per l'organizzazione dei centri anticancerosi, *organismi, particolarmente specializzati ed il più possibile adatti al compito, che si son visti indispensabili per combattere efficacemente* contro il flagello. Ho parlato di proposito di programma massimo giacchè ho ricavata l'impressione, leggendo l'articolo, che, se in effetti per il momento esso è l'ultima parola nel campo logistico della battaglia da più fronti impegnata, esso è la visione dello stratega che guarda il problema tattico nel suo insieme non tenendo calcolo od ammettendo come presupposto noto ed attuata l'opera delle minori unità.

Ora se l'opera dello stratega è indispensabile, io penso che non sia opportuno trascurare i dettagli dell'organizzazione specie per la cooperazione che possono e devono portare i gregari. Spesso le battaglie si vincono per lo slancio di un reparto. Basta saperlo sfruttare e coordinare all'azione generale.

Uscendo di metafora, a me è parso necessario far seguire qualche modesta osservazione al poderoso e brillante articolo del collega Chizzola per valorizzare o meglio indicare quanto si può e si deve richiedere dagli altri centri anticancerosi che stanno sorgendo e dovrebbero sorgere ancora più numerosi in ogni capoluogo di Provincia, centri che, a differenza di quello o quelli preconizzati dal Collega, non possono avere la completezza di organizzazione da lui tracciata per ragioni ambientali e finanziarie. Si sa che il meglio è nemico del bene. Per cui non sarebbe pratico, secondo me, pretendendo il massimo, non sempre possibile, trascurare il contributo prezioso che possono e devono dare questi organismi minori. Ciò contribuirebbe a dare l'impressione al pubblico e non solo a quello profano, della inanità della lotta per chi non sia economicamente molto potente ispirando una sfiducia ingiustificata e ciò che è peggio il disinteressamento dei volonterosi. Non tutti sono stimolati dagli ostacoli, specie quando questi si presentino gravi, quasi insormontabili, per circostanze superiori alla volontà individuale. Io non nego la grande importanza dei grandi organismi quali quelli voluti dal Collega Chizzola; anzi, mi preme ripeterlo, sono pienamente d'accordo con Lui che sarebbe più opportuno che una Nazione ne avesse uno solo ben organizzato ed attrezzato che diversi imperfetti. Però se il centro anticanceroso costituisce, anche a mio modo di vedere, *nel suo insieme l'arma unica e più sicura contro il cancro*, mi parrebbe pericoloso per i fini che si perseguono che un solo centro Nazionale debba essere, oltre che centro di studi cancero-logici e di insegnamento, l'unico centro di diagnosi, di cura e sopratutto di propaganda. Tale visione è perlomeno poco attuabile in Italia dove la conformazione geografica rende per esempio poco agevole raggiungere materialmente a dei malati della Sicilia l'unico centro anticanceroso che si organizzasse in grande, come di fatti si sta facendo, a Milano. L'accentramento che, d'accordo col dott. Chizzola, avrebbe degli indubbi e grandi vantaggi dovrebbe essere per noi solo relativo, al massimo regionale. Ed io ritengo che sarebbe un bene che fosse così con la riserva naturalmente che tutto il ricavato dell'esperienza e dell'osservazione dovesse affluire al centro principale, perfettamente organizzato, che lo coordinerebbe ad incremento dello studio teorico e per la standardizzazione delle tecniche, specie curative. In altre parole a me non sembra necessario che sia il malato a muoversi per raggiungere l'unico o i pochissimi centri, basta che agli effetti del progresso della Scienza, il caso sia osservato, studiato, curato, catalogato e segnalato al centro. Forse il dislocamento del malato a grande distanza, dovendo necessariamente urtare contro circostanze famigliari, sentimentali e patologiche, non contando quelle economiche, finirebbe la necessità del precoce intervento su cui tanto giustamente insiste il Collega. L'essenziale è che si faccia presto e bene tanto nel diagnosticare, quanto nel curare. Per far ciò io penso non sia necessario aspettare che siano organizzati con i sistemi preconizzati dal dott. Chizzola il od i pochi centri Nazionali. Forse si aspetterebbe troppo e si perderebbe del tempo prezioso. Bisogna tener presente quanto giustamente e ripetutamente ammonisce il Collega che la lotta contro il cancro è *anche una lotta molto costosa e richiede generosità ed abnegazione*. A me pare però che aspettando la perfezione si debba e si possa contribuire a realizzarla con i mezzi che si posseggono, mezzi di per sè anche validi, quando si abbia la sapienza di adoperarli sagacemente.

Io penso, per esempio, partendo dal concetto della necessarietà dei centri anticancerosi e basandomi anche su quanto solo parzialmente si è cominciato a fare, da noi, che ciascun capoluogo di provincia con programma, dirò così minimo

ne possa e ne debba organizzare uno in ciò ubbidendo alle direttive volute dal Duce che, nella sua squisita sensibilità sociale di uomo di genio ha avvertito il pericolo e le vie per combatterlo. È quello del resto che vuole la Lega Nazionale. Sarebbe per lo meno utopistico pretendere che ciascuno di questi centri provinciali raggiungesse il grado di organizzazione e di funzione per gruppi, preconizzati dal Collega Chizzola. Senza perdere la speranza che un giorno anche l'Italia possa raggiungere questo optimum a cui si avviano Nazioni più ricche di noi, anche il programma minimo che si devono prefiggere questi centri non sarà certo inutile ai fini generali della lotta; in ogni modo sarà un'azione più fattiva che aspettare a braccia conserte l'avvenire migliore. In ogni centro provinciale, anche piccolo, c'è e se non c'è, si deve pretendere che ci sia, un ospedale che è il fulcro della vita sanitaria del capoluogo della provincia e spesso della regione. Questi ospedali hanno o dovrebbero avere, come vado sostenendo da tempo, un'attrezzatura modernizzata nella tecnica e nelle specialità, cosa che sarà presto raggiunta se la volontà dell'Uomo che la Provvidenza ha messo al timone della Nazione vorrà vincere concezioni meschine, espressioni di epoche sorpassate. Ora io non so vedere un nucleo più costituito e già organizzato nell'ambito del quale, si possa svolgere meglio l'attività del centro anticanceroso. Si badi che io non sostengo che tutti gli ospedali Italiani, così come sono, possano e debbano essere di tali centri. Sarebbe perlomeno ingenuo. Io affermo solo che di ogni ospedale di una certa potenzialità si possa e si debba farne un centro, sviluppando quello che c'è in potenza od in embrione, disciplinando e coordinando quello che è informe o mal funzionante. Ed invero a me pare ritrovare in questi organismi, che per incidenza dirò, hanno bisogno di una radicale revisione di metodi e di finalità, anche così come sono ora, tutti i requisiti per affrontare e condurre la lotta intrapresa.

1) Da esso può partire, coadiuvato o meno dall'opera della sezione della Lega contro il cancro, la *propaganda a scoprire gli ammalati il più rapidamente possibile, quando il cancro è al suo primo stadio, unico momento nel quale le armi oggi a nostra disposizione possono riuscire sicuramente efficaci*. Anzi io penso che nessuno meglio di un ospedale può attuare praticamente tale propaganda quando con opportune facilitazioni vinca la resistenza d'indole economica da parte dei singoli e delle comunità, resistenze che spesso rendono inutile qualunque persuasione. Se purtroppo, come molto opportunamente il Collega deplora, le pratiche Amministrative fanno subire dei ritardi e talvolta addirittura degli arresti agli ammalati, a più forte ragione diventano un ostacolo quasi insormontabile se si dovesse trattare di una istituzione molto lontana e specializzata. È una mentalità cotesta che molto difficilmente potrà modificarsi, trovando la sua ragione d'essere in sentimenti insiti nella natura umana.

2) Per ragioni geografiche, sentimentali, economiche è infinitamente più facile incanalare gli ammalati verso un ospedale che verso l'unico o i pochi centri preconizzati dal dott. Chizzola. Nè credo si possa sostenere con giustizia che negli ospedali ben organizzati (per fortuna son parecchi in Italia; agli altri si può imporre che si organizzino al più presto) manchino gli specialisti per fare una diagnosi, anche precoce, di tumore maligno. L'ospedale ha o avrà presto per obbligo il suo anatomo patologo il quale potrà dare « *nel tempo più breve possibile una risposta chiara e precisa con indicazioni e consigli discreti per un orientamento del medico sul malato* » perchè attrezzato e più preparato. Nè a questo riguardo mi pare trascurabile il vantaggio della vicinanza e della possibile presenza dell'istologo alla biopsia. Ciò toglierebbe parecchi inconvenienti dal preconizzato invio del materiale delle biopsie. Chi conosce tutte le difficoltà che spesso presenta un esame istopatologico, che non è poi vero possa essere fatto dal primo capitato, sa di quale aiuto può essere la nozione precisa dell'orientamento del pezzo e di tante altre particolarità che sarebbe troppo pretendere dai colleghi che inviano materiale in esame. Chiedere al medico, sovraccarico di lavoro e di noie, che perda sia pure pochi minuti a scrivere dei dati potrà portare a vincere la battaglia contro il cancro anche prima di averla affrontata. Le statistiche degli ultimi due anni (dall'epoca della nascita dei moduli da riempire) segnano una notevole diminuzione del morbo! Non suoni critica questa constatazione ma valutazione realistica in uno stato d'animo dal quale non si può prescindere, giudicando di fenomeni umani. In un ambulatorio ospedaliero eseguire una biopsia a regola d'arte è una delle mansioni più comuni. Così come l'ospedale può corrispondere perfettamente alla propaganda e alla diagnosi più precoce possibile può avere od istituire con un minimo sforzo il voluto *servizio demografico* e *di statistica*. Basterà che consulti i registri dei suoi ambulatori, del suo ufficio accettazione e del suo Istituto di anatomia patologico.

3) Nè io credo si possa negare all'ospedale la possibilità di portare un contributo *allo studio del cancro colla speranza, in un avvenire più o meno lontano, di veder chiaro in questo problema sul quale tanti punti sono ancora misteriosi.*

Prescindendo dal fatto che non sempre le scoperte più grandi hanno avuto bisogno di speciali organizzazioni, non è poi detto che tutti gli ospedali italiani manchino dell'attrezzatura per condurre ricerche anche in grande stile e che gli altri che ancora non lo sono, non lo debbano diventare al più presto. Ciascuno nei limiti dei suoi mezzi può portare il contributo del suo ingegno e della sua opera; basta sentirne il dovere ed averne la forza. Non è poi detto che questi singoli contributi non possano e non debbano affluire al centro modello che potrà e dovrà, come ho già detto dianzi, elaborarlo e inquadrarlo nel quadro d'insieme. Ed è questa essenzialmente la funzione principalissima che io affiderei a questo organismo unico e centrale.

Basta che non gli manchi il materiale patologico sufficiente per il suo funzionamento non deve, secondo me, essere distratto da lavoro di dettaglio. L'analisi la possono compiere altri in grado di farlo: al centro quello della sintesi e dell'insegnamento. Un organismo che accentrasse il lavoro d'indagine della Nazione intera o sia pure di intere regioni diventerebbe una creatura mastodontica con tutti i difetti della... polisarcia. E ciò che ho detto della indagine scientifica potrei ripetere per la cura, specialmente, anzi esclusivamente per quella radiologica, giacchè non si vorrà sostenere che solo i chirurghi del preconizzato centro anticanceroso siano in grado di intervenire quando la clinica ed il laboratorio ne indicassero l'opportunità. Avrebbero troppo da fare. In queste mie parole non si veda una speciale predilezione per la cura chirurgica. Io credo fermamente nell'efficacia, spesso miracolosa, di questa manifestazione dell'energia cosmica, la radioattività, ma credo sopratutto al suo avvenire. Quando avremo imparato a maneggiare completamente quest'arma potente e misteriosa forse potremo dare l'ostracismo al bisturi. Per il momento la pratica quotidiana ci dimostra la necessità almeno della collaborazione. E ciò non per sola imperizia: anche nelle mani dei Maestri le emanazioni del tubo di Krookes e quelle dell'ago di radio non sempre hanno fatto solo del bene. A me pare che pronunziarsi oggi recisamente in un senso o nell'altro rasenti proprio quello che il collega Chizzola vorrebbe evitare. Ora a me pare che, pur riconoscendo al od ai preconizzati pochi centri anticancerosi, il diritto, anzi il dovere, di approfondire lo studio di questo mezzo di tecnica terapeutica che tanto fa sperare e direi quasi codificare l'uso attraverso la standardizzazione dei metodi come brillantemente sostiene e propone il dott. Chizzola per evitare i pericoli dell'ignoranza, del lucro ed il ciarlatanismo, non si può negare all'ospedale moderno la capacità di fare e fare bene anche in questo campo. Intanto per questi organismi non si può parlare di lucro e di ciarlatanismo. Anche all'ignoranza si potrà pur rimediare. È doveroso riconoscere, credo, che già esistono in Italia degli Ospedali attrezzati anche per lo strumentario e per il personale competente. Il servizio radiodiagnostico e radioterapico s'è imposto già da qualche anno e gradatamente le Amministrazioni ospedaliere, sempre più coscienti dei loro compiti, lo istituiscono e lo sviluppano. Per gli altri che ne son privi si potrà pretenderlo o per lo meno incoraggiare e sovvenzionare. La preparazione del personale che debba essere preposto a questi organismi sia pure devoluta al centro preconizzato dal collega. Ora i più volonterosi e i più coscienziosi dei nostri radiologi ospedalieri vanno all'estero periodicamente per tenersi al corrente della tecnica e dei progressi. Sarà un gran guadagno che lo possano fare restando in patria. Ma io mi domando se sia proprio necessario, aspettando questo massimo raggiungibile, togliere la possibilità o quanto meno gettare il discredito come in ultima analisi fa il dottor Chizzola, sull'opera di quei pochi che già fanno e fanno bene e su quegli altri che anche all'infuori dell'orbita dei grandiosi centri preconizzati potranno via via venir facendo. D'accordo col collega che quest'arma potente e misteriosa bisogna toglierla dalle mani degli incompetenti, ma non più d'accordo quando egli afferma o lascia sottintendere che solo i preposti ai preconizzati centri debbano avere la prerogativa ed il monopolio di sapere e poter trattare le emanazioni catodiche e quelle dei sali di radio. Chi sa e può, faccia nei suoi limiti e secondo le sue competenze. Sarà meglio che non far nulla. E sopratutto, giova ripeterlo, non si aspetti la organizzazione dei grandi centri così come li vuole giustamente il dott. Chizzola per cominciare l'opera di propaganda per la diagnosi precoce e per il censimento delle forze del nemico. Questi compiti possono e forse devono essere affidati ai centri provinciali, più competenti e più snelli nei loro movimenti per queste mansioni. E che tutto poi faccia capo al centro unico od ai centri regionali sarà un bene, anzi sarà doveroso, come vi saranno avviati per le opportune cure quegli ammalati che i centri provinciali non si sentiranno in grado di poter trattare. A me pare che, a prescindere dalla maggiore facilità di organizzare questi centri provinciali naturalmente meno costosi perchè integrazioni di organizzazioni già esistenti — gli ospedali —, è ovvio che la selezione dei pazienti può essere fatta più rapidamente e più competentemente da questi organismi per adire i quali già devono essere state

vinte quelle difficoltà burocratiche delle quali giustamente si lagna il dott. Chizzola, organismi che devono e sono organizzati e gestiti già da un personale almeno un po' più specializzato che non sia il medico generico. L'essenziale è che prima il pubblico profano e con lui quello medico si convinca che non può disinteressarsi del problema, poi le Autorità coadiuvino con ogni facilitazione l'opera tecnica dei tanti che già si occupano ad applicare questi concetti generali.

Quanti più saremo a combattere tanto più facile sarà la vittoria, anche se non tutte le armi saranno l'ultimo ritrovato della tecnica.

Prof. FRANCO D'ALESSANDRO

Prosettore dell'Ospedale Maggiore di Bergamo, Vice Presidente della Sezione Bergamasca della Lega Italiana contro il cancro.

CONFERENZE.

Le malattie allergiche ed il loro trattamento.

(VOLLBRACHT. *Wiener Klinische Woch.*, 1927, n. 17).

Da qualche tempo si discute molto per determinare la patogenesi di un gruppo di malattie che malgrado la diversa fenomenologia hanno di comune il fatto di essere in rapporto ad un'ipersensibilità verso alcune sostanze, che sono del tutto indifferenti per la generalità degli uomini. Al processo che sta alla base di queste malattie Pirquet diede il nome di allergia definendola « un'alterata reattività che l'organismo umano o animale acquista dopo aver superata una malattia o in seguito all'introduzione nell'organismo di sostanze ad esso estranee ». Il complesso sintomatico che offrono le malattie allergiche rassomiglia alle manifestazioni anafilattiche.

L'anafilassi è uno stato d'ipersensibilità dell'organismo verso l'ingestione di corpi albuminoidei, il quale è provocato da una o più iniezioni di proteine umane, animali, vegetali o batteriche. Se ad una cavia si fa un'iniezione intraperitoneale di siero di cavallo e dopo qualche giorno le si fa un'iniezione endovenosa di una piccola quantità dello stesso siero si hanno i seguenti fenomeni: l'animale diventa irrequieto, comincia a starnutire, a tossire, si graffia, poi diventa dispnoico, ha crampi diffusi, emette feci, urina, sperma, e spesso muore. Il quadro dell'anafilassi sperimentale corrisponde a quello dell'edema acuto del pulmone con spasmo della musculatura bronchiale. Ben presto si notò che il quadro stesso presenta analogie con l'asma, con la febbre da fieno, con certi disordini gastrointestinali, con l'orticaria.

L'anafilassi e l'idiosincrasia sono sottogruppi dell'allergia ed hanno notevoli affinità in quanto l'idiosincrasia è la disposizione a reagire con sintomi allergici a sostanze innocue o a medicamenti.

Malgrado le differenze fenomenologiche è certo che appartengono alle malattie allergiche: il raffreddore e l'asma da fieno, la rinite vasomotoria, alcune forme di asma bronchiale e di affezioni cutanee, l'orticaria, alcune forme di eczema e di dermatosi tossiche, l'edema angioneurotico, l'ipersensibilità verso alcuni prodotti chimici, determinate forme gastrointestinali e forse alcuni casi di emicrania e di epilessia.

Poichè solo un piccolo numero d'individui soffre di malattie d'ipersensibilità è necessario ammettere uno speciale substrato costituzionale o predisposizione, che finora è stata attribuita alla diatesi essudativa, alla costituzione iperplastica, alla vagotonia, al neuroartritismo. Oggi è generalmente ammesso che l'accesso d'asma consiste essenzialmente in uno spasmo ed in un'ipersecrezione dei piccoli bronchi provocati da uno squilibrio funzionale del sistema nervoso vegetativo con ipereccitabilità del vagosimpatico. Non è ben chiaro in qual modo quest'eccitabilità sia influenzata dal sistema endocrino o dalle alterazioni dello stato ionico (potassio, calcio). Ma il substrato costituzionale, la predisposizione sono solo fatti predisponenti, perciò l'organismo non soffre alcun accesso allergico fino a quando non si verificano altre condizioni determinanti. Così si spiega come alcune affezioni allergiche, come ad es. la febbre da fieno si possa avere nella giovinezza inoltrata ed anche nella maturità. È raro che già al primo contatto con l'agente dannoso, allergico, si producano i fenomeni d'ipersensibilità. È necessario che passino parecchi anni perchè si abbia la sensibilizzazione e si manifestino i fenomeni allergici. Sembra che non si erediti una tale determinata sensibilità, ma solo una tendenza all'ipersensibilità che si estrinseca in vario modo nei genitori e nei figli. Così ad esempio si può avere padre sensibile per le fragole e figlio sofferente di raffreddore da fieno, madre con edema angioneurotica e figlia con orticaria.

La sensibilizzazione può avvenire attraverso la mucosa delle vie aeree, attraverso la cute o il tubo digerente. Secondo le moderne vedute le parti attaccate dalla sostanza allergica sembrano le cellule endoteliali e le fibre musculari liscie, ma non è ancora noto con quale meccanismo. La capacità di sensibilizzazione non è eguale nei vari individui, nè è costante nello stesso indivi-

duo, la sua intensità dipendendo da molti fattori soggetti a considerevoli oscillazioni. Ciò spiega perchè la ipersensibilità si manifesta in età relativamente avanzata e spesso solo dopo lunghi contatti con la sostanza allergica. Anche rispetto alla quantità di quest'ultima necessaria per la sensibilizzazione ci mancano dati sicuri, perchè poco sappiamo sulle sostanze che rendono compiuto il fenomeno e perchè al riguardo hanno molta importanza gli antigeni.

La sensibilizzazione seguita attraverso il rivestimento cutaneo o enterico è verisimilmente sempre polivalente, perchè negli allergici si trova costantemente ipersensibilità verso parecchie sostanze, si ha cioè la polispecificità. Del resto non sempre si è in grado di determinare la sostanza o tutte le sostanze dannose.

Per quel che riguarda la loro natura chimica fino a pocanzi prevaleva l'opinione che l'allergia potesse essere provocata solo da corpi albuminoidei, ma recenti ricerche hanno dimostrato che gli stessi fenomeni possono essere prodotti da corpi dializzati liberi di albumine.

Si è riusciti anche a provocare la ipersensibilità passiva trasferendo l'allergia specifica da uomo a uomo.

È stato già accennato che le malattie allergiche sono sofferte solo da un certo gruppo d'individui, mentre la grande maggioranza degli uomini ne è immune. Ciò viene generalmente spiegato ammettendo una predisposizione costituzionale molto spesso ereditaria. L'ereditarietà è stata sicuramente dimostrata nel 50 % degli allergici. Forse si tratta di una particolare permeabilità delle mucose e della cute. Storm negli asmatici da lui studiati ha trovato che essi avevano sofferto in fanciullezza eczema del viso nel 50 % dei casi, bronchite nel 30 % ed altre affezioni cutanee nel 20 %, e ne ha dedotto che durante queste affezioni la penetrazione delle sostanze allergiche è più facile nell'organismo, che ne può rimanere sensibilizzato o immunizzato.

La clinica delle malattie allergiche è indirizzata essenzialmente alla ricerca della causa nocens ossia della sostanza sensibilizzatrice. Si distinguono allergie verso alcune specie di polveri e di pollini, verso le proteine animali, sostanze alimentari, batteri e loro prodotti verso composti chimici e medicamenti ed infine verso sostanze colloidali presenti nell'aria (allergia climatica).

L'ipersensibilità verso il polline delle graminacee è la meglio nota. In primavera al tempo della fioritura o in estate al tempo della seconda fioritura si hanno manifestazioni più o meno violente a carico della congiuntiva e della mucosa nasofaringea sotto forma di prurito, arrossamento, starnuti e nei casi gravi di bronchite e asma. Tra i fenomeni generali sono da considerare la spossatezza, la cefalea, l'irritabilità. Talora si hanno disturbi a carico dell'orecchio, disordini mestruali, emorragie, manifestazioni cutanee come gonfiore locale, specie al viso, eruzioni pruriginose, eritema (nella febbre da fieno l'orticaria è rara). Nel secreto congiuntivale e nasale si trovano cellule eosinofile ed eosinofilia nel sangue. Oltre che dal polline delle graminacee gli stessi effetti possono essere prodotti dal polline delle piante d'ogni genere. Si possono avere così catarri nasali da polline di acacia, di tiglio, di tuja, di pioppo, ecc. Alla stessa categoria appartiene l'ipersensibilità verso la polvere inspirata per la strada, in teatro, durante un viaggio in ferrovia. Forse una modalità della febbre da fieno è la rinite vasomotoria.

Tra le ipersensibilità verso le proteine animali la più nota è quella verso i prodotti della perspirazione dei cavalli, ma si conoscono sensibilità verso i gatti, i cani, gli uccelli.

Il numero delle sostanze alimentari che possono provocare ipersensibilità è molto alto. E ben nota l'ipersensibilità di alcuni individui verso le fragole, i crostacei, le uova, i latticini, con manifestazioni più o meno gravi: congiuntivite, rinorrea, eczema, orticaria, disordini gastrointestinali e respiratori. Alcuni individui sono ipersensibili verso la carne, specie quella di maiale, altri verso determinati pesci, verso le varie specie di legumi, di frutta, o anche in seguito all'uso di grande quantità di zucchero. In primavera al tempo della fregola nelle ovaia dei pesci si trova un veleno molto pericoloso, che provoca gastroenterite acutissima con crampi alle sure e collasso, ed al principio talvolta orticaria, gonfiore del viso e delle dita delle mani e dei piedi.

La genesi batterica dell'allergia è indiscussa. Molti individui soffrono precocemente ed a ripetizione di catarri delle vie aeree superiori, di bronchiti, di angine, ecc. Molto controversa è la quistione circa i rapporti tra tubercolosi e malattie allergiche. Mentre molti autori ammettevano un certo antagonismo tra asma e tubercolosi, più recentemente si sostiene dai più che la tubercolosi costituisce una causa di minorazione organica e quindi favorevole allo sviluppo dell'asma.

Tra le ipersensibilità verso i medicamenti va ricordato innanzi tutto quella dell'iodio, ma se ne hanno anche verso la chinina, i preparati sa-

licilici, il piramidone, l'adrenalina, il veronal, la cocaina, la morfina e derivati, l'arsenico, l'insulina ed il salvarsan, che possono dare orticaria e sintomi angioneurotici.

Le manifestazioni delle malattie allergiche sono complesse. Si possono avere i seguenti sintomi generali: modificazioni della temperatura, specie ipertermia, ipotensione vasale, collasso, shock, convulsioni. A carico della pelle si ha: eritema più o meno diffuso, prurito, orticaria, edema del viso e delle estremità, emorragie. A carico del sangue: eosinofilia, crisi emoclasiche. A carico dei vasi: paresi o paralisi vasomotoria, che si estrinseca nei casi leggeri solo con raffreddamento delle mani e dei piedi. A carico delle mucose: congiuntivite, starnuti, raffreddore, bronchite, asma. A carico del tubo digerente: parestesie della bocca, delle labbra, spesso gonfiore delle labbra, peso all'epigastrio, nausea, vomito, coliche, diarrea.

Lo stato allergico richiede un esame accurato dell'anamnesi, l'esame sistematico del sangue, e varie reazioni cutanee.

Generalmente si adopera il metodo della scarificazione e dell'iniezione intradermica. Sulla pelle scarificata per circa 1 cm. si distende a mezzo di un bastoncino di vetro qualche goccia della sostanza allergica. Nei casi positivi dopo cinque minuti compare sulla parte un alone rosso, che spesso ha il diametro di 4 cm. e più. Nelle ipersensibilità elevate si ha anche orticaria.

Le iniezioni intracutanee sono più sensibili, ma più pericolose.

In ogni caso non si devono fare più di due reazioni cutanee per ogni braccio e praticarne una di controllo con soluzione fisiologica.

I risultati delle reazioni cutanee non sono assolutamente conclusivi. La reazione positiva non sempre rivela la specificità dell'allergia, ma solo una diatesi allergica, e la reazione negativa non indica l'assenza di qualsiasi allergia. Talvolta la reazione provoca una desensibilizzazione.

La partecipazione della pelle alla fenomenologia allergica è la più interessante. Si possono avere forme di eczema, di pruritus, prurigo, orticaria e lichene. Queste lesioni cutanee, non l'orticaria, possono verificarsi in soggetti affetti da asma, sia durante gli accessi, sia nei periodi interaccessionali quasi come equivalenti. Interessante è il caso di un medico sofferente di asma che spesso all'epoca della mietitura ha eritema e orticaria; egli è anche ipersensibile per la fenacetina e l'iodio. La moglie del paziente soffre talvolta di edemi fugaci, la figlia ventunenne di febbre da fieno. Talvolta le affezioni cutanee si accompagnano anche alla rinite vasomotoria. Si sono registrati anche casi di allergia alimentare con asma ed insieme eritema ed orticaria.

Storm ha particolarmente studiata l'allergia climatica. A Zeeland nel sud-ovest dell'Olanda, una provincia che per lo più è circondata dal mare, vi sono molti sofferenti di asma, che portati a 30 km. dalla costa non hanno più accessi. A Rotterdam vi sono più frequenti e più gravi casi di asma che in altre città. Ciò indusse Storm a studiare l'allergia dell'asma dal punto di vista del fattore climatico. Zeeland è spesso inondata, è umida, ha dune. Vi si coltiva molto il frumento ed i contadini hanno l'abitudine di tener in casa una riserva di grano bastevole per tutto l'anno. Questo grano contiene una gran quantità di tarli e muffe, che costituiscono secondo Storm la sostanza allergica per quei pazienti. Come esempio racconta di due fratelli gravemente sofferenti di asma, nei quali gli accessi di asma scomparivano quando s'imbarcavano sul Reno diretti a Colonia e si ripetevano al ritorno in patria. Fatti analoghi notò Ancona in individui che dovevano lavorare con frumenti avariati. Essi ammalavano di bronchite, asma ed eczema. La causa era il pediculosis ventricosus, un parassita di una tignuola che vive sul grano. Questi individui messi a lavorare con grano non avariato non ricadevano nella malattia.

Secondo Cooke e Storm l'aria delle abitazioni ed anche quella libera contiene in minutissime particelle sostanze asmogene. Malgrado le loro piccole dimensioni, che consente a queste sostanze di rimanèr sospese nell'aria, pure esse subiscono la forza di gravitazione e tendono a sedimentarsi. È perciò che al di sopra di 500 metri sul livello del mare e specialmente a 1500-1800 m. esse mancano o per lo meno non si trovano in concentrazione tale da poter provocare gli accessi di asma.

Storm distingue due specie di allergene climatiche: A e B. La natura dell'allergene A è affatto sconosciuta. Storm inclina verso l'opinione che esso provenga dalla decomposizione del materiale animale e vegetale nei luoghi bassi specie là dove i fiumi sboccano nel mare. L'allergene climatico B si trova principalmente nelle abitazioni, nei letti, nei tappeti. Storm ritiene si tratti di muffe, specialmente dell'aspergillus fumigatus.

Negli accessi allergici gravi è indispensabile un'iniezione di adrenalina. Questa per la sua azione sul simpatico arresta rapidamente il broncospasmo e sembra agisca anche riducendo la secrezione. In alcuni casi è pratico far precedere all'iniezione di adrenalina una di due cmc. di olio canforato che ne rende più efficace l'azione.

Spesso si rende necessaria un'iniezione di caffeina.

La cura etiologica si pratica cercando di desensibilizzare il paziente verso la sostanza o le sostanze dannose. Si comincia con piccole o meglio piccolissime dosi dell'estratto corrispondente, un decimo della dose necessaria a provocare la reazione intracutanea. Le dosi si aumentano progressivamente ad ogni iniezione da praticarsi ogni tre o cinque giorni. Alle grandi dosi, specie quando si agisce troppo rapidamente, l'ipersensibilità aumenta e possono sopravvenire gravi accessi morbosi. Si pratica allora un'iniezione sottocutanea di adrenalina (cmc. 0,3-0,5) e si ricomincia ad iniettare la metà o la terza parte dell'ultima dose fino a scomparsa dei fenomeni allergici.

Non sempre però si riesce ad identificare la sostanza allergica specifica. In tal caso bisogna ricorrere al metodo non specifico. Buoni risultati si sono ottenuti dalle iniezioni di tubercolina, che si deve usare quando le condizioni polmonari non costituiscono controindicazioni. Anche con questo metodo bisogna cominciare con piccole dosi ed aumentare progressivamente fino a cessazione dei fenomeni d'ipersensibilità o a comparsa di forte reazione locale. Albertoni, Kraus e Biedl hanno dimostrato che i violenti effetti tossici derivanti da iniezioni endovenose di grandi dosi di peptone negli animali possono essere evitati facendo precedere l'iniezione di una piccola quantità dello stesso peptone. Lambert e Bouin utilizzarono questo dato di fatto per la cura degli stati allergici mediante somministrazione di peptone per via orale o sottocutanea. Con questo metodo si sono avuti buoni risultati specie nell'allergia alimentare, nell'orticaria e nell'emicrania. Per bocca se ne dà mezzo grammo una mezz'ora prima dei pasti, per via sottocutanea s'iniettano dosi crescenti di una soluzione al 5 % di peptone solo o in combinazione con piccole dosi di iodio.

Oltre il peptone si adopera il latte, l'autosiero e l'autosangue per iniezioni. In casi di asma allergica e di affezioni cutanee, specie orticaria, l'autoemoterapia ha dato brillanti risultati. Si iniettano per via intramuscolare 8-10 cmc. di sangue del paziente una o due volte la settimana per circa quattro settimane.

Con il latte si comincia a piccole dosi (0.1-1.0) e si aumenta progressivamente.

E' stato anche adoperato con successo lo zolfo in sospensione in olio di oliva all'1 %. S'inietta un cmc. per via intramuscolare. L'iniezione è dolorosa, è seguita da febbre, che dura 24 ore È perciò preferibile cominciare con 0.3-0.5 gr.

Nei casi di orticaria e di eczema combinati con disordini gastrointestinali giovano le iniezioni di adrenalina alternate con iniezioni endovenose di calcio.

In molti casi i metodi di desensibilizzazione specifica e non specifica riescono meglio quando si somministrano contemporaneamente preparati tiroidei ed eventualmente ovarici.

In ogni caso non è da proscriversi la terapia medicamentosa. Giovano l'iodio, la diuretina in combinazione con la papaverina, l'atropina, eventualmente il piramidone con caffeina.

DR.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Convulsioni e deliquî.

(SUTHERLAND. *The Lancet*, 11 giugno 1927).

Una delle maggiori difficoltà diagnostiche è data dall'accertamento della natura di un improvviso accesso di perdita di coscienza, che, come è noto, può essere essenzialmente cerebrale, ossia un attacco epilettico, o dipendere originariamente da disordini circolatori, ed essere cioè un deliquio o svenimento.

La difficoltà è tanto più notevole quando il medico non assiste al disturbo, o questo colpisca bambini che non sappiano dir nulla delle loro sensazioni e dei loro precedenti, o individui che per varie ragioni abbiano interesse a nascondere la verità o che per l'incoscienza stessa inerente all'attacco non siano in grado di dirne le circostanze ed i fatti concomitanti. Spesso al riguardo non si può fare assegnamento che sulle informazioni delle persone che hanno assistito all'accesso.

I progressi delle nostre conoscenze sulle affezioni cardiache hanno permesso una netta distinzione tra convulsioni e deliqui per modo che molti degli accessi con perdita di coscienza che prima venivano considerati come epilettici, oggi sono più esattamente attribuiti a disordini della funzione cardiaca.

Occorre notare che come nei disturbi essenzialmente cerebrali si possono avere crisi di piccolo e di grande male epilettico, anche nelle turbe dipendenti da disordini vaso-cardiaci si possono avere semplici deliqui o svenimenti ed anche forme convulsive. In alcune di queste ultime i sintomi cerebrali, ossia a tipo epilettico, possono dominare il quadro in modo tale da far misconoscere la loro origine cardio-vasale.

Gli accessi in rapporto a disordini del sistema

nervoso centrale (epilessia di origine ignota) possono assumere le seguenti forme: 1) piccolo male, 2) epilessia maggiore; 3) crisi vaso-vagali (confini dell'epilessia).

Gli accessi di origine circolatoria possono assumere la forma di: 1) deliqui e svenimenti; 2) sincopi e convulsioni. I primi (deliqui e svenimenti) sono in rapporto a disturbi vascolari, mentre le seconde (sincopi e convulsioni) sono in rapporto a disturbi cardiaci: *a*) tachicardia (accessi parossistici e fibrillazione auricolare); *b*) bradicardia (blocco cardiaco).

Gli accessi di epilessia minore o maggiore sono troppo caratteristici e conosciuti per meritare una trattazione speciale. Va solo ricordato, agli effetti della diagnosi differenziale, che gli accessi di piccolo male non sono accompagnati da disturbi circolatori. Gowers insiste sul fatto che il colore del viso non cambia durante l'accesso, e solo dopo si ha un leggero pallore. Allbutt nota che durante l'accesso non si ha alcuna modificazione del polso. Oltre la improvvisa perdita di coscienza si possono avere vertigini, caduta, scosse degli arti, del tronco, della testa, un improvviso senso di paura, un grido, una speciale sensazione al cuore o all'epigastrio.

Il deliquio o svenimento è di solito attribuito a debolezza cardiaca, ma in effetti esso è provocato da instabilità e debolezza del sistema vasomotore. Questo non reagisce adeguatamente allo shock nervoso o alle sensazioni non abituali per modo che il sangue si accumula nell'addome, si ha anemia cerebrale e perdita di coscienza. La condizione di solito è di breve durata senza ulteriori complicazioni e scompare dopo che il paziente è posto in posizione distesa. Si può avere caduta improvvisa, ma per lo più il soggetto ha la sensazione di venir meno abbastanza in tempo per porsi a sedere o appoggiarsi a qualche cosa. Il polso durante l'attacco può essere piccolo e debole, ma la sua frequenza non è notevolmente modificata. Le contrazioni cardiache sono temporaneamente indebolite, ma ciò è probabilmente dovuto più alla scarsezza del sangue contenuto nel cuore che a diminuzione del potere contrattile. La perdita di coscienza più che alla diminuzione dell'apporto di sangue alle cellule cerebrali sembra dovuto ad un improvviso abbassamento della pressione vasale endocranica. Quantunque ci siano individui con tendenza agli svenimenti, tanto da parlarsi di un vero abito oggi veramente non più ammesso, il deliquio è di solito un fatto isolato, accidentale. Per lo più è sempre provocato da un qualche fatto non abituale: temperature alte, sforzi eccessivi, paure ed altri shock nervosi, dolori intensi. D'altra parte gli individui che vi vanno soggetti presentano segni non dubbi di squilibrio del tono vasomotore: geloni d'inverno, cianosi delle mani in estate, tendenza agli arrossamenti e pallori improvvisi, albuminuria ortostatica, facile esauribilità. Le crisi di piccolo male invece si verificano a ripetizione e senza alcuna apparente causa determinante ed in individui che non presentano alcuni degli accennati sintomi di labilità vasomotoria.

Agli effetti clinici è utile dividere il cuore in due parti: muscolo contrattile e sistema genetico o di conduzione. Quest'ultimo controlla il potere contrattile e determina la frequenza, il ritmo e la regolarità del battito cardiaco. Questo tessuto specializzato comincia nel nodo sino-auricolare e attraverso le orecchiette si diffonde al nodo ed al fascio auricolo-ventricolare, i cui rami terminali si distribuiscono alle fibre muscolari del ventricolo. La sua attività consiste in un impulso trasmesso da cellula a cellula, che scarica la sua energia con la contrazione del cuore. I deliqui e le forme convulsive sono ora considerati in rapporto a disturbi dell'azione del sistema genetico, che possono essere di due specie: tachicardia e bradicardia. In ciascuna di queste due condizioni si possono avere svenimenti, che possono essere scambiati per accessi di piccolo male, e sindromi convulsive, che possono essere scambiate per accessi di epilessia maggiore. In ambo i casi gli attacchi sincopali sono dovuti al fatto che i battiti cardiaci non sono più in grado temporaneamente di apportare al cervello una sufficiente quantità di sangue e di mantenervi la normale pressione vasale.

Nella tachicardia parossistica si ha un aumento improvviso, accessionale della frequenza del polso, fino a 160-200 battiti, che dura qualche secondo, minuti ed eccezionalmente ore, ed è seguito da un'improvvisa cessazione della tachicardia, con o senza irregolarità terminale del ritmo. Di solito il paziente ha consapevolezza dell'anormalità dell'azione cardiaca, avverte un senso di agitazione indefinibile, e durante e dopo l'attacco può avere una sensazione di mancamento e di prostrazione. Talvolta l'attacco è accompagnato da sincope o da deliquio e da altri disturbi che possono condurre alla diagnosi di piccolo male. L'esame del polso, che rivela la tachicardia non abituale, fa fare la giusta diagnosi. L'inizio improvviso e la cessazione improvvisa della tachicardia coincidono con il periodo dell'attacco. Per lo più gli accessi sono determinati da sforzi ed emozioni. Talvolta gli accessi possono assumere un carattere più grave con vertigini, emianopsia, cecità temporanea, svenimento, caduta a terra con o senza perdita di coscienza. La natura non epilettica di questi accessi è confermata anche

dal fatto che la cura bromica non apporta alcun vantaggio.

La fibrillazione auricolare può dare una sintomatologia analoga alla tachicardia parossistica. In molti casi la diagnosi differenziale può essere stabilita solo in base all'esame elettrocardiografico. La frequenza del battito ventricolare supera i 200 e può raggiungere fino i 300 battiti al minuto per modo che l'azione cardiaca diventa così debole che il paziente perde improvvisamente la coscienza. L'attacco di fibrillazione auricolare può essere improvviso, breve, senza precedenti e senza postumi morbosi a carico del cuore, per modo che può essere scambiato con un accesso di piccolo male. Come nella tachicardia parossistica, si possono avere vertigini, svenimenti, caduta a terra con o senza perdita di coscienza. L'inizio del parossismo è per lo più accompagnato da cardiopalmo talvolta molto intenso. Anche qui si ha la stessa patogenesi: deficienza di afflusso di sangue e ipotensione della circolazione cerebrale. È a notare che la fibrillazione auricolare di rado si ha in soggetti giovani, ma per lo più in adulti quando si sono già iniziate le lesioni degenerative a carico del cuore.

Il tipo di bradicardia associato a blocco cardiaco è dovuto ad interruzione del normale impulso attraverso il sistema genetico. La condizione può talvolta provocare accessi improvvisi di perdita di coscienza con caduta a terra, talvolta accompagnati da contrazioni dei muscoli della faccia ed anche da convulsioni generali, dando la ben nota sindrome di Stokes-Adam.

Queste varie conseguenze dell'anemia cerebrale, derivanti dal rallentamento o dalla interruzione del battito ventricolare sono così descritte da Mackenzie: « Quando il ventricolo si arresta per oltre 10 secondi i sintomi cerebrali dominano il quadro. Dapprima si ha vertigine e perdita di coscienza, e prolungandosi l'arresto per oltre 15 secondi si hanno contrazioni dei muscoli della faccia, del collo e degli arti, e protraendosi ancora l'arresto provoca violente convulsioni e respiro stertoroso. Non appena il ventricolo ricomincia a battere tutti questi fenomeni scompaiono ed il paziente riprende rapidamente la coscienza ».

Il blocco cardiaco con attacchi sincopali o convulsivi è molto più comune in individui che hanno superato l'età di 40 anni, ma non è escluso che possa verificarsi anche in soggetti giovanissimi in rapporto a difetto congenito del setto interventricolare. Nelle infezioni acute, come ad esempio nella difterite, può svilupparsi il blocco cardiaco, ma i disturbi relativi difficilmente vengono scambiati con il piccolo male, perchè i pazienti si trovano sotto accurata osservazione. Il blocco cardiaco accompagnato da deliqui e convulsioni può essere uno dei primi sintomi dell'infezione reumatica.

La patogenesi degli accessi sincopali e convulsivi nei casi di bradicardia da blocco cardiaco è ben chiara, perchè v'è un'effettiva anemia cerebrale dovuta alla cessazione dell'attività ventricolare. Non può dirsi lo stesso per gli accessi dovuti alla tachicardia parossistica ed alla fibrillazione auricolare, perchè in queste condizioni l'azione cardiaca non si arresta mai e quindi non si comprende come possa stabilirsi una diminuzione dell'afflusso sanguigno al cervello. D'altra parte è a notare che individui con notevoli tachicardie più o meno permanenti non vanno soggetti ad alcun disturbo cerebrale. Deve ammettersi che con l'improvviso stabilirsi della tachicardia si determina un'alterazione del flusso sanguigno alle varie cavità del cuore, per modo che il ventricolo sinistro non riesce a spingere al cervello una quantità sufficiente di sangue, e che successivamente l'attività cardiaca si adegua alla nuova condizione e che una maggiore quantità di sangue raggiunge il cervello. Comunque la quistione non è ancora ben chiara e merita ulteriori studi.

DR.

FISIOPATOLOGIA.

Ricerche sulla patogenesi del " cuore da mioma ".

(L. MOLLO. *Minerva Medica*, anno VII, n. 16, 1927)

È stata osservata di frequente la coesistenza del fibromioma dell'utero e di una cardiopatia: alla autopsia di donne affette da mioma si sono rinvenute le lesioni più svariate del cuore; ora sebbene non tutte le lesioni possano riportarsi al tumore, pure è ormai accertato che un nesso, non ancora ben chiaro, esiste fra mioma ed affezioni cardiache.

Varie ipotesi sono state emesse sulla natura di questo rapporto: si è pensato che il cuore soffra per l'aumento di lavoro imposto dal tumore: ciò può andar bene nel caso di miomi grossi, mentre spesso sono proprio quelli piccoli associati a lesioni cardiache. Perciò molti autori propendono ad attribuire grande importanza all'anemia da cui con forte percentuale sono affette le miomatose. D'altra parte Peiarskaia in seguito a numerose ricerche ha concluso che i miomi provocano modificazioni nella crasi sanguigna indipendentemente dalle metrorragie; l'anemia quindi, che si ripercuote sulla funzionalità del cuore, sarebbe di origine tossica.

L'A. ha voluto provare sperimentalmente se l'estratto di mioma possedesse una tossicità maggiore in confronto di quello di utero normale. In tali specie di ricerche è difficile distinguere quali siano i processi morbosi dovuti alle sostanze tossiche di cui si suppone l'esistenza e quali quelli in rapporto con la tossicità posseduta da tutti gli estratti di organo.

L'A. ha fatto quattro serie di esperimenti: cominciò a confrontare il comportamento immediato delle cavie di fronte ad iniezioni sottocutanee subentranti dei due estratti, osservando le variazioni dello stato generale, del polso e della temperatura. La temperatura nell'un caso e nell'altro decresce progressivamente, il polso sale a notevole frequenza, è piccolo, ritmico prima, poi irregolare; l'animale in principio irrequieto, ansioso, diventa poi abbattuto.

Non vi è dunque differenza sensibile tra l'azione dei due estratti.

In secondo tempo fece ricerche con iniezioni quotidiane per una serie di giorni, per osservare i fenomeni tardivi che furono quelli di una intossicazione cronica: perdita della vivacità, dimagramento, diminuzione del numero dei globuli rossi, senza però differenza fra l'azione di un estratto e dell'altro.

In una terza serie di esperienze, l'A. provò le iniezioni nella vena giugulare: cmc. 1 di estratto per ogni 100 gr. di peso dell'animale. Anche qui i risultati ottenuti con i due estratti furono quasi identici. Costante la progressiva diminuzione della temperatura; il polso si faceva frequente, talora insorgevano scosse convulsive cloniche; la morte sopraggiunse nella maggior parte dei casi, ma sempre tardivamente.

In ultimo furono studiati comparativamente gli estratti acquosi in rapporto all'emolisi « in vitro ». L'emolisi fu in complesso negativa sia per l'estratto di utero che per quello di mioma con i globuli rossi di uomo e con quelli di montone.

L'autore conclude il suo lavoro dicendo che per quanto i risultati da lui ottenuti non siano favorevoli alla teoria tossica, egli non può per questo negarla poichè l'estratto di un organo non è il prodotto del metabolismo dell'organo stesso e che perciò nell'esperimento non si riproducono le condizioni della vita.

Inoltre le forme anatomo-cliniche colle quali si manifesta la ripercussione cardiaca del mioma sono molteplici e molto probabilmente nella loro produzione rientrano non uno, ma parecchi fattori.

L'A. si ripromette infine di eseguire nuove ricerche sul cuore isolato.

VICENTINI.

CHIRURGIA.

L'anestesia generale con il solfato di magnesio per via sottocutanea.

(COSIMO LEO. *La Clinica Chirurgica*, nov. 1926, fascicolo 11).

In questa rubrica è già stato recensito un notevole articolo di Woitaschewski (*Archiv. f. Klin. Chir.*, vol. 141, pag. 134, 1926, vol. V) che tratta dell'identico argomento; credo perciò opportuno riportare le conclusioni dedotte dalle interessanti ricerche sperimentali di un italiano, e che non concordano che in parte con quelle dello scrittore su citato.

L'A. ha potuto constatare che il $MgSO_4$, per via sottocutanea determina, quasi costantemente, una narcosi di durata varia in rapporto con la dose iniettata.

Le varie dosi per conigli di medio peso (1500-2500) sono le seguenti:

dose subnarcotica, da gr. 0.50 a 1.10 per kg.;
dose narcotica minima, gr. 1.20 per kg.;
dose narcotica media, gr. 1.70 per kg.;
dose narcotica massima, gr. 2 per kg.;
dose mortale minima, gr. 2.10 per kg.

La narcosi ha decorso regolare senza fenomeni di eccitazione con respiro e polso notevolmente rallentati ed a pressione arteriosa abbassata, e si è dimostrata priva di conseguenze prossime e remote.

Le dosi troppo alte di $MgSO_4$, o particolari condizioni dell'animale, rendono questo mezzo di narcosi pericolosissimo, specie per il pericolo della paralisi respiratoria; l'attività del cuore, invece, si è dimostrata più resistente, e fra la paralisi respiratoria e quella cardiaca intercorre sempre un certo periodo (5-8').

Notevole il fatto che se all'azione delle alte dosi non segue la morte subito, segue poscia lo stato normale completo e definitivo.

L'accurato esame del sangue dopo narcosi con $MgSO_4$ rivela leucopenia notevole ma transitoria, lieve polinucleosi e linfopenia, e lievissime ed incostanti alterazioni numeriche dei globuli rossi, dell'emoglobina, del valore globulare.

L'A. infine si è curato di ricercare un farmaco ad azione antagonista al $MgSO_4$ ed ha trovato che il $CaCl_2$ ha azione antagonistica, rapidissima, quasi istantanea, tanto che sopprime i pericoli anche più gravi di questa narcosi purchè iniettato per via endovenosa prima dell'arresto del respiro.

L'A. stesso ammette che oggi che siamo in possesso di numerosi e perfezionati mezzi d'anestesia, e di sicure sostanze anestetiche, si è ben

lungi dal poter dare un pratico valore a questo tipo d'anestesia che però, quando ulteriori studi avranno meglio considerato i vari aspetti ed i vari pericoli che il $MgSO_4$ presenta, potrà essere almeno tentato come metodo di necessità, in quei casi nei quali ogni altro metodo d'anestesia sia controindicato od irrealizzabile. FILIPPA.

L'anestesia con etere, protossido d'azoto e narcylene.

(SUDEK. *Br. Beitr. z. Klin. Chir.*, 1926).

Dopo aver ricordati gli inconvenienti che usualmente si lamentano nelle narcosi eteree, riporta 150 casi di grandi operazioni in cui ricorse al protossido d'azoto e al narcylene (acetilene depurato). Questi anestetici non danno l'impressione angosciosa che talvolta provano i malati all'inizio dell'anestesia eterea, e inducono rapidamente una narcosi generale abbastanza profonda. Non danno fenomeni irritativi a carico del cervello, del cuore, dei reni e delle vie respiratorie; non danno generalmente disturbi ai centri respiratori (però il protossido d'azoto ha avuto qualche morte per asfissia), anzi il narcylene eccita leggermente il meccanismo della respirazione.

Ma accanto a questi vantaggi presentano gli inconvenienti di non dare una narcosi profonda, giacchè rimane una notevole rigidità muscolare. Inoltre il narcylene dà un energico movimento del diaframma che disturba gli interventi sul fegato, sullo stomaco e sulla milza e un'iperemia con aumento della pressione vasale. Infine per il loro uso sono necessari apparecchi complicati e costosi.

Concludendo l'A. ritiene che attualmente sia ancora preferibile l'etere, almeno nei grandi interventi. V. GHIRON.

Il liquido di Dakin.

(A. REVERDIN. *Revue Méd.*, marzo 1927).

Esso è, come si sa, una soluzione titolata di ipoclorito di sodio, che non contiene traccia di sodio libero che sarebbe caustico.

I risultati della disinfezione delle ferite col Dakin sono ottimi e costanti, afferma l'A.; ma bisogna seguire nell'applicarla tutti i dettami di chi l'ha istituita: Carrel.

Il Dakin agisce lisando, liscivando le parti necrotiche dei tessuti, rispettando quelle vitali, distruggendo i germi per mezzo del cloro che sviluppa, ossigenando i tessuti ed impedendo quindi la vita degli anaerobi.

Ma poichè è un liquido instabile, necessita impiegarlo preparato di recente; poichè è rapidamente scomponibile a contatto coi tessuti, occorre rinnovarlo spesso; poichè si scinde col calore, occorre non riscaldarlo oltre i 40°. Inoltre, non si deve impiegarlo diluito.

Esso ha azione irritatrice sulla epidermide sana, appunto per la sua tendenza ad asportarne gli strati superficiali, privi di vitalità, rispettandone però i profondi, che sono vitali. Ecco perchè bisogna proteggere dalla sua azione la pelle con pomate, vaselina, ecc.

Le piaghe trattate col Dakin attraversano due stadii: detersione, sterilizzazione. Quello dura da 3 a 10 giorni, questo 24-48 ore, a seconda delle ferite. In tutte le regioni del corpo si può utilizzare il metodo: cervello, faringe, mucose, sierose articolari e viscerali. Ottimi risultati esso ha dato nella guerra recente, in ogni sorta di ferite infette. GARRONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

R. POLLITZER. *Come si alleva il bambino sano e come si assiste il malato*, con prefazione del prof. FRANCESCO VALAGUSSA. Volume in-8° di circa 150 pag. con 66 figure nel testo. Casa Editrice Luigi Pozzi, Roma. Prezzo L. 15.

Riportiamo la prefazione al libro, scritta dal prof. Francesco Valagussa, Sub-Commissario dell'Opera Nazionale Protezione Maternità e Infanzia:

L'esperimento di un anno ci ha dimostrato il successo che hanno avuto i Corsi di Puericoltura e di Assistenza all'Infanzia indetti dall'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia. Il primo esperimento per preparare medici, assistenti sanitarie, visitatrici scolastiche, ecc. ecc., all'assistenza diretta dell'infanzia tanto dal punto di vista tecnico che da quello sociale, ha superato ogni previsione sia per il numero degli iscritti che per il successo conseguito nelle prove degli esami teorico-pratici.

Dopo questo primo esperimento è ben naturale che questi Corsi, che hanno come finalità di formare una schiera di dirigenti e di gregari inquadrati nella lotta contro la mortalità infantile, siano non soltanto conservati, ma intensificati e coordinati in modo da rendere l'insegnamento omologo e tale da costituire un complesso organico e uniforme da *standardizzare* le nozioni teorico-pratiche che in ogni scuola si debbono impartire.

Il prof. Pollitzer, col suo piccolo manuale, dedicato alle maestre visitatrici scolastiche, alle infermiere assistenti sanitarie infantili, alle levatrici, ecc., ha compilato un lavoro che risponde ai concetti fondamentali su esposti e che rappresentano i cardini d'azione dell'Opera Nazionale per la preparazione di quell'esercito di gre-

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

gari che tanta importanza hanno per la creazione di quella coscienza igienica fra le popolazioni che rappresenta l'elemento indispensabile contro l'ignoranza, principale fattore della mortalità infantile.

Il manuale del Pollitzer è scritto con quel linguaggio facile proprio dei trattati popolari, e che pone alla portata di quelle persone che non hanno altro compito che di saperle eseguire bene, le nozioni fondamentali e precise dell'igiene e dell'assistenza infantile.

È un libro di volgarizzazione e di propaganda ed è perciò che l'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia non può che encomiare le finalità che il prof. Pollitzer si è proposto di raggiungere offrendo al pubblico un libro utile e ben compilato.

P. GAIFAMI. *Il libro della gravida*. Ed. Opera Nazionale per la protezione della Maternità ed Infanzia, 1927. Roma, piazza Cavour, 25.

Edito a cura dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia e *gratuitamente distribuito* con larghezza, questo opuscolo riassume in forma popolare le norme direttive più importanti da seguire nella gravidanza, nel parto, nel puerperio; 14 illustrazioni rendono più chiaro il testo; in appendice è predisposta una specie di diario della maternità.

Il piccolo libro è destinato al popolo; ma può essere utile in alcuni punti pure alle levatrici e ai medici pratici, per dare a questi delle sane norme da diffondere fra la popolazione, allo scopo di meglio tutelare la donna nella sua nobile missione della maternità. A. P.

R. DEBRÉ e P. JOANNON. *La Rougeole*. Masson, ed. Paris, 1926.

Non è una lunga e pedante esposizione delle conoscenze sul morbillo quella di Debré e di Joannon. E' un'opera di vivace discussione su questo vecchio e trascurato argomento, che in questi ultimi dieci anni ha occupato mente di abili ricercatori e di valorosi igienisti. L'opera prende lo spunto dal dato epidemiologico, che mostra i danni purtroppo ignorati della malattia, ritenuta troppo lieve, per passare a tutte le conoscenze antiche e moderne immunologiche sul morbillo. Ne trae le direttive della sieroprofilassi, che, dopo l'iniziativa del Nicolle, si diffonde con successo in tutte le nazioni. Chi voglia avere una nozione completa dell'argomento, troverà ogni dettaglio fino al 1926 e utte le utili nozioni che gli AA., i quali lungamente si sono occupati dell'argomento, sanno dettare, come frutto della loro esperienza. Un indice bibliografico dei più completi chiude l'opera. T. PONTANO.

NAEGELI O. *Allgemeine Konstitutionslehren*. Springer, Berlino, 1927. Mk. 9.60.

È un breve volume di 114 pagine, dall'autore dedicato al problema delle costituzioni, cercando di porre a raffronto quello che lo studio della patologia umana ha potuto conquistare con quanto hanno posto in evidenza gli studi fatti nel campo della botanica e della zoologia nei riguardi delle variazioni spontanee o sperimentali delle specie.

Come l'autore avverte nella prefazione, questo suo volume ha un particolare carattere personale, poichè egli si dedicò già alle scienze naturali e porta quindi il contributo delle sue osservazioni sia nel campo della botanica che in quello della zoologia. Dopo aver parlato in linea generale delle modificazioni e delle mutazioni, si sofferma alle mutazioni in botanica e a quelle in zoologia, per passare poi alle mutazioni nell'uomo, alla analisi della variabilità. In particolare tratta del problema della costituzione nelle malattie infettive; e nello sviluppo della tubercolosi considerando sia le diverse costituzioni del bacillo tubercolare, sia le diverse costituzioni dell'individuo nella lotta contro il bacillo di Koch.

Da ultimo considera la influenza della costituzione nelle psiconevrosi, e si pone infine il quesito se l'anemia perniciosa di Biermer è una malattia costituzionale.

TRENTI.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Principii fondamentali e sviluppo della vaccinazione antitubercolare.

(V. LAUGER. *Mediz. Kl.*, n. 10).

Il considerevole aumento della mortalità per tubercolosi in questi ultimi tempi ha dato un forte impulso agli studi della tubercolosi in ogni suo campo ed ai nuovi metodi terapeutici, specialmente riguardo alla tubercolosi infantile, allo scopo di agire contro la diffusione della malattia. Per raggiungere questo scopo vi sono due vie: diminuire la possibilità dell'infezione, cioè la profilassi *espositiva* ed aumentare la resistenza organica contro il contagio, cioè la profilassi *dispositiva*. La prima non può avere un effetto efficace contro la infezione in quanto è enorme il numero degli ammalati di tubercolosi aperta (250,000 individui in Germania) e praticamente impossibile isolarli dall'ambiente sociale; occorre invece provvedere alla profilassi dispositiva ed a tal'uopo cercare i mezzi per aumentare la resistenza organica mediante la nutrizione e lo sviluppo fisico e mediante la vaccinazione preventiva. Non mancano certo coloro i quali credono che questi tentativi di vaccinazione preventiva debbano essere esclusi, perchè nell'uomo non esiste una reale immunità e che anche quando si sia ottenuta clinicamente la guarigione di una affezione tubercolare non si è sicuri contro una nuova affezione.

Sarebbe troppo lungo esporre tutte le varie forme di immunità tubercolare e soffermarsi a trattarle singolarmente. Già Robert Koche aveva da tempo dimostrato che il porcellino d'India tubercoloso se viene infettato per la seconda volta non contrae questa seconda infezione e, seguendo questo procedimento, si giunse alla conclusione che esisteva tale immunità dell'organismo tubercoloso per la quale fu poi usata la espressione di immunità per l'infezione, sotto il qual nome doveva intendersi che nella tubercolosi solo per una infezione pura e solo per il periodo della sua durata esista una immunità. E ciò è anche dimostrato dalle osservazioni epidemiologiche; sappiamo infatti che quelle popolazioni, che nella giovinezza non hanno subìto il contagio tubercolare, alla prima occasione presentano forme assai più gravi e più numerose di quel che non sia per le popolazioni europee, presso le quali nell'età infantile sono straordinariamente più frequenti i contatti con l'infezione tubercolare. Sappiamo anche che nelle nostre città la popolazione stabile offre una resistenza maggiore contro la tubercolosi di quella della popolazione mobile, dei contadini.

Questa protezione dell'individuo europeo e specialmente di quello che vive nelle grandi città, contro la tubercolosi è dovuta al fatto che la prima infezione, sovente è contratta nell'età in cui si frequenta la scuola, quando cioè è possibile una resistenza al progredire della malattia, quando possono formarsi anche dei focolai latenti, che non hanno manifestazioni cliniche.

Questa rappresenterebbe nei bambini la vera vaccinazione preventiva naturale contro la tisi degli adulti, sempre però nei suoi limiti, giacchè sappiamo che questo processo d'infezione nei bambini non è scevro di pericoli, potendo svolgersi da queste infezioni latenti delle malattie gravissime; appartengono a queste le improvvise meningiti tubercolari, quelle forme tubercolari durante alcune malattie intercorrenti e quelle infine che ci ha dimostrato l'enorme materiale di esperimento fornitoci dall'ultima guerra, che cioè le sofferenze e la fame hanno impedito la capacità di resistenza contro la infezione tubercolare.

Tutti i tentativi di infezione artificiale degli individui mediante i bacilli tubercolari virulenti viventi dovrebbero fallire per le suddette ragioni. Considerando poi le grandi oscillazioni della capacità di resistenza dei bambini contro la infezione naturale, non è possibile stabilire una dose generale innocua per una infezione artificiale, nè possono ritenersi sufficienti le esperienze fatte da Selter su 9 bambini con la vaccinazione mediante l'infezione artificiale data dai bacilli tubercolari umani virulenti e viventi. Per le stesse ragioni anche la frizione di bacilli virulenti e viventi sulla cute dei lattanti, raccomandata recentemente da Möller, dev'essere esclusa; giacchè per esperimenti così eroici occorrono prima delle prove sicure e convincenti della innocuità di essi, specie nei bambini.

I vecchi esperimenti di Behring e di Koch di vaccinazione bovina mediante infezione dei vitelli con i bacilli tubercolari umani, relativamente innocui per i bovini, hanno fallito. Questa cosidetta bovovaccinazione ebbe un certo risultato che avrebbe dovuto essere continuato e migliorato.

Lo scopo che si è cercato di raggiungere con tutti questi tentativi onde ottenere una immunità mediante vaccinazione con materiale innocuo si è tentato ottenere in seguito per diverse vie, sia con i cosidetti bacilli avirulenti, ma con dubbio effetto, sia col vaccino di Friedmann.

Recentemente Calmette ha seguìto un'altra via col suo materiale di vaccinazione BCG il quale consiste in bacilli tub. viventi bovini che hanno perduto la virulenza in seguito a coltura di parecchi anni in un terreno nutritivo alcalino contenente della bile. Questo metodo ha dato luogo recentemente ad una controversia fra il Calmette

ed il batteriologo Kraus di Vienna riguardo alle alterazioni tubercolari dei tessuti provocate dal materiale di vaccinazione, che il Calmette nega e che il Kraus avrebbe dimostrato nel mesentere e nelle glandole linfatiche dei porcellini d'India, che hanno subito la iniezione intraperitoneale.

Tutte le considerazioni stanno contro gli esperimenti tendenti ad ottenere una inoculazione protettiva mediante bacilli tub. viventi e però sono giustificati i tentativi e gli sforzi per poter giungere a tale vaccinazione con materiale innocuo, cioè con bacilli tub. uccisi.

Nel fatto che nella tubercolosi è dimostrabile un'immunità solo per il periodo di durata del processo tubercolare e che essa apparentemente sparisce con la guarigione, si è voluto erroneamente trovar la prova che l'immunità sia legata alla presenza di bacilli tub. viventi. Tale concetto trovava appoggio anche nel fatto che i vecchi esperimenti diretti ad ottenere l'immunità mediante i bacilli tub. uccisi non avevano dato alcun risultato decisivo. Gli ulteriori esperimenti di Koch non ebbero alcun esito, non essendo riuscito ad ottenere il riassorbimento nel corpo animale dei bacilli tubercolari in gran quantità.

Riusciti anche vani tutti gli altri numerosi esperimenti, si venne al concetto dottrinale che non era possibile una immunizzazione con bacilli tubercolari uccisi. Solo nel 1916 Bessan dimostrò nei porcellini d'India che, anche dopo un precedente trattamento con bacilli tubercolari uccisi, una parte degli animali offriva chiaramente una ricettività per la tubercolina, ciò che venne confermato anche da Böker e Nakajama. In tutti gli esperimenti però si riconobbe la irregolarità con la quale si otteneva la allergia della tubercolina. Selter ritenne come certo che solo per infezione si può raggiungere questa allergia tubercolinica e questo concetto parve anche confermato dal fatto che non si era mai riusciti di ottenere artificialmente tale allergia nell'uomo.

Nel 1924 l'A. ha potuto comunicare i primi risultati dei suoi lunghi esperimenti per i quali il problema della vaccinazione tubercolare con bacilli tub. uccisi fu tanto facilitato che si potette pensare già a delle pratiche applicazioni. Egli dimostrò che per mezzo di un materiale costituito da giovanissimi bacilli tubercolari si può ottenere con la massima regolarità negli animali la trasformazione allergica e che anche nell'organismo umano si può con la stessa regolarità avere l'allergia tubercolinica con la vaccinazione intracutanea.

Secondo le osservazioni finora fatte questa allergia artificiale può durare per parecchi anni. Le prove istituite su 200 bambini hanno perfettamente corrisposto. Lo sviluppo di questa allergia richiede un periodo di 3 a 5 mesi, che corrisponde al periodo di incubazione della infezione naturale. Questa allergia poteva mettersi in rapporto con la immunità.

Gli esperimenti eseguiti hanno portato alla dimostrazione che per la produzione di una immunità tubercolare non è necessario il bacillo tubercolare vivente. La immunità rappresenta uno stato irritativo determinato nell'organismo per la penetrazione dei bacilli tubercolari ed è indifferente che questi siano vivi o morti. È facile comprendere che questo stato irritativo in talune circostanze e per materiale vaccinico vivo e capace di moltiplicarsi, come nella infezione naturale, può essere più notevole e più duraturo.

L'immunità si estingue quando per guarigione o riassorbimento od eliminazione dei bacilli tub. cessa l'azione dell'attività del ricambio. L'omogeneità dello stimolo dei bacilli tub. vivi o morti è dimostrabile anche nella omogeneità della reazione istologica, nella omogeneità della reazione allergica come nella omogeneità dell'immunità.

Il fatto che il materiale vaccinico dell'A., consistente in giovani bacilli tub., determina nell'uomo costantemente l'allergia e nei porcellini d'India gli evidenti fenomeni d'immunità, condusse naturalmente alle prove ed all'esame della sua importanza nell'uomo e specialmente nei lattanti, nei quali la mortalità nel primo anno di vita è circa del 30 %. Ebbene: in 50 casi in lattanti di famiglie con tubercolosi aperta e dopo un periodo di osservazione di 3 anni, sono tutti viventi e sani, mentre la mortalità, come si è detto, varia in quell'età dal 20 al 30 %. Ai risultati sperimentali quindi corrispondono quelli della pratica e della clinica.

La tecnica della vaccinazione è straordinariamente facile: essa va praticata alla superficie esterna della coscia in tre volte, ciascuna di 0.1 cmc. La vaccinazione non provoca alcuna reazione generale od alterazioni o manifestazioni locali; nel corso di qualche settimana si forma sul posto dell'inoculazione un piccolo indurimento, che poco a poco svanisce, e solo raramente si constatano delle piccole ulcerazioni, che cicatrizzano anch'esse completamente dopo alcune settimane. L'inoculazione può essere praticata anche nei primi giorni di vita e deve ritenersi abbia anche, tardivamente, una azione sulla morbidità e può essere eseguita anche nei bambini più grandi e negli adulti.

L'A. ha voluto far conoscere i principii di una vaccinazione con materiale innocuo, dato da bacilli uccisi, la quale risolve la possibilità tanto dibattuta di un'immunizzazione tubercolare e può, dimostrata la sua attività e la sua innocuità, esser messa a profitto. Si è quindi autorizzati ad estenderla efficacemente nella pratica.

DE CHIARA.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 26 marzo 1927.

Presiede il prof. R. ALESSANDRI, Presidente.

Sulle forme filtranti del bacillo della tubercolosi.

Prof. O. CASAGRANDI. — L'O. riferisce sue ricerche sulle sorti del B. tubercolare somministrato ai bachi da seta e passa quindi ad esporre esperimenti personali sulle forme filtrabili del b. tubercolare; si intrattiene particolarmente sulla coltivazione di tali forme nei leucociti e si dichiara convinto dell'esistenza di forme filtrabili del b. tubercolare. L'esistenza di queste forme filtrabili riapre, secondo l'O., la questione delle fasi di vita dei microbi.

Considerazioni su di un caso di costola cervicale.

Dott. E. VENEZIAN. — L'O. comunica un caso di costola cervicale, intrattenendosi sulla diagnosi, sulla sintomatologia e sulla cura.

Rapporti fra la Leptospira icteroides (NOGUCHI) *e la Leptospira icterohaemorragiae* (INADA e ITO).

Prof. V. PUNTONI. — L'O. dopo aver riassunto in breve la storia delle ricerche di Noguchi sulla febbre gialla, pone il problema se la L. icteroides sia differenziabile dalla L. icterohaemorragiae. Il differenziamento sarebbe possibile con le reazioni immunitarie secondo Noguchi e Battistini. L'O. invece, paragonando questi due microbi, ha trovato identità di comportamento immunitario, ciò che collima con le recentissime ricerche di Theiler e Watson Sellards. Conclude per l'identità microbiologica dei due ceppi studiati.

Natura e significato delle associazioni fusospirochetiche.

Prof. G. SANARELLI. — L'O. che ha potuto studiare in coltura pura uno spirochete, di derivazione probabilmente cecale, e morfologicamente simile a quelli che si trovano nelle angine di Vincent, nelle bronchiti sanguinanti ed in molte altre affezioni, ha osservato che in certe condizioni le spirochete si trasformano in tipici batteri fusati. Dopo aver descritto ed interpretato le varie forme osservate, l'O. viene alla conclusione che le forme spirochetiche e le forme fusate che si ritrovano in molte affezioni patologiche, e segnatamente nelle angine di Vincent, non sono due specie diverse, ma bensì due forme pleomorfe di uno stesso microrganismo. La concentrazione dell'ossigeno sembra essere la condizione principale che regola le trasformazioni. Dal punto di vista del potere patogeno, l'O. non ha potuto ottenere alcunchè di dimostrativo negli animali da esperimento, ed è convinto dello scarso potere patogeno di questo microbio.

Il Segretario: V. PUNTONI.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 27 maggio 1927.

Presidenza: prof. M. DONATI, presidente.

I micoplasmi (proposta di denominazione di alcuni ultravirus e particolarmente dell'ultravirus tubercolare).

CASAGRANDI. — L'O. fa presente come nel ciclo dei batteri propriamente detti non possano negarsi stadi di invisibilità.

Egli chiama questi stadi dei germogeni o germociti rispondenti al criptantigeno di Friedberger. Espone le indagini fino ad ora eseguite sui cocchi e sui vari batteri fermando l'attenzione sul bacillo di Eberth e sul B. tubercolare. Esperimenti eseguiti colle amebe hanno portato l'O. a trovare che in esse il B. di Eberth scompare mentre i filtrati divengono capaci di ridare in cultura il bacillo. Nello stesso modo le amebe si comportano rispetto al B. della tubercolosi.

Prendendo in esame il B. della tubercolosi l'O. per un orientamento nelle ulteriori esperienze ha fatto tesoro di ricerche da lui praticate in bruchi, nei quali trovò che il bacillo viene scerato e poi distrutto dai macronucleoliti. I bruchi pestati e tritati e poi filtrati danno un materiale che inoculato nelle cavie determina iperplasia ghiandolare trasmissibile, qualche volta anche reperto di bacilli acido-resistenti.

Queste esperienze lo hanno indotto a sperimentare le culture scerate che otteneva col metodo Arloing in confronto colle ordinarie a germi acidoresistenti. Le culture scerate filtrate trasformate in terreni catalizzatori e rifiltrate hanno dato luogo a iperplasia ghiandolare trasmissibile con reperto di bacilli acidoresistenti dal terzo al quinto passaggio.

I germociti quindi secondo l'O. si generano dalle culture scerate con opportuno trattamento delle stesse.

Dato poi il modo di comportarsi di questi germociti negli elementi cellulari (ha esperimentato con leucociti), nei quali non producono alcun fatto degno di nota fino alla formazione dei batteri acidoresistenti, egli crede che si avveri una simbiosi tra germociti e plasma particolare.

L'O. propone quindi di ascrivere il B. della tubercolosi al nuovo gruppo dei micoplasmi. Lo stato micoplasmico corrisponderebbe ad uno stato speciale di infezione senza malattia dimostrabile (a parte le prove serologiche negative) con la prova della labilità serica.

DONATI. — L'O. rileva l'importanza della comunicazione specialmente per quanto riguarda le infezioni latenti.

PARI — L'O. richiama la grande importanza che secondo Autori recenti, specialmente francesi,

avrebbe l'infezione da virus filtrante tubercolare nel determinare ipotrofie nei nati da madre tubercolosa, così che si intravede che gli studi su questi virus porteranno importanti contributi alla questione dei rapporti reciproci tra l'infezione tubercolare e la costituzione morfologica del predisposto. È un vecchio concetto italiano che va dal Maffucci ad Andrea Ferrannini che l'infezione tubercolare della madre possa determinare ipotrofie nel figlio con particolari note morfologiche. Gli studi sui virus ultrafiltrabili possono portare nuova luce su questo argomento pure schiettamente italiano della predisposizione costituzionale morfologica alla tubercolosi.

ENRIQUE. — L'O. è del parere che non si debba esagerare in quanto la predisposizione è legata a fatti anatomici ben definiti.

CASAGRANDI. — L'O. risponde agli oratori precedenti ribadendo i concetti espressi e mettendo in rilievo ancora una volta l'alto interesse di questi studi che porteranno certamente una notevole modificazione in alcuni concetti tradizionali.

Inoculazione della febbre ricorrente africana nei postumi di encefalite letargica.

PARI. — L'O. riferisce su quattro casi di parkinsonismo postencefalitico in cura coll'inoculazione sperimentale del treponema della febbre ricorrente africana. In uno l'inoculazione è appena avvenuta. In due la febbre ricorrente è in atto ed in uno la malattia è già al termine colla cessazione già da due mesi degli accessi febbrili. Allorchè gli accessi tendevano a scomparire troppo presto (dopo due accessi) il treponema (fornito dall'Istituto Sieroterapico Milanese), fu reiniettato con effetto positivo. Una reinoculazione alla cessazione degli accessi dopo due mesi fu invece negativa. Nel caso già a termine di cura la reazione di Wassermann da negativa divenne debolmente positiva. La ricorrente fu bene tollerata. L'O. enumera i vantaggi che presenta la inoculazione della ricorrente su quella della malaria. Il primo caso curato ebbe ottimo risultato terapeutico. Obbligato da un anno a letto ed incapace di alimentarsi da sè riprese a camminare e a poter alimentarsi. Diminuirono i tremori e scomparvero alcune sincinesie come quella dello sporgere la lingua nei movimenti degli arti. Sul risultato negli altri due casi con ricorrente in atto non potrà essere riferito che tra qualche tempo.

BELLONI. — L'O. fa alcune riserve su quanto può riguardare l'interpretazione del risultato favorevole nel caso non più in esperimento. Si domanda poi se sia il caso di praticare una terapia del genere che potrebbe anche ritenersi inopportuna.

CASAGRANDI, TRUFFI ed ARMUZZI rilevano l'interesse dell'esperimento e fanno alcune osservazioni sul giudizio dei risultati.

PARI. — Ringrazia gli OO. precedenti e fa presente che la gravità della malattia e specialmente l'insistenza dei fenomeni parkinsoniani, la scarsa, per non dire nulla efficacia di tutte le cure fino ad ora esperite, giustificano pienamente il suo tentativo che apre la via a qualche speranza.

La farina di soja nella alimentazione umana.
(2ª comunicazione — Società di Biologia).

DUCCESCHI. — L'O. fa presente quanto segue:

1) Gli esperimenti di alimentazione con pane misto di frumento contenente il 10% di farina di soja sgrassata, compiuti sopra sei soggetti normali, hanno fornito i coefficienti di utilizzazione espressi nei seguenti valori medii percentuali: assorbimento totale (secondo il residuo delle fecce), 93.69; assorbimento totale (secondo il computo delle calorie), 94.06; sostanze azotate, 83.90; grassi, 94.13; sostanze minerali, 65.36.

Questi valori dimostrano che la utilizzazione del pane con il 10% di farina di soja è alla pari di quella del pane di solo frumento della migliore qualità.

2) In una seconda serie di ricerche riguardanti l'alimentazione con pane misto di frumento contenente il 20% della stessa farina di soja, si ottennero valori che differiscono appena del 2% in meno dei precedenti.

3) La digeribilità *in vitro* delle proteine della farina di soja, per mezzo della pepsina cloridrica, risultò del 94.79%; per la farina di frumento si ottenne una percentuale del 90.06%.

4) Il processo di estrazione dei grassi non diminuisce la capacità di utilizzazione digestiva per la farina di soja, anzi sembra favorirla.

5) I risultati dei nostri esperimenti sono completamente favorevoli alla panificazione con farina di soja priva di grassi, specialmente se limitata per ora a proporzioni non superiori al 10% rispetto alla farina di frumento.

6) La farina di soja, quando venga adottata oltre che per la panificazione anche per altre preparazioni nutritive alle quali essa si presta, costituirà un prezioso apporto di proteine a buon mercato nella alimentazione popolare.

Prof. F. PANCRAZIO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le malattie di cuore complicanti la gravidanza.

Nel periodo di cinque anni, B. E. Hamilton e F. S. Kellog (*Am. Journ. Obst. a. Gyn.*, n. 4, aprile 1927) hanno avuto agio di osservare 882 donne gravide, che accusavano disturbi cardiaci. Di queste, 218, cioè il 25 %, erano affette da vere e proprie cardiopatie, per lo più di origine reumatica.

Secondo gli AA., inoltre, il 7.5 % di tutte le donne gravide accusa qualche fastidio nella sfera circolatoria, e se ne possono fare tre gruppi:

1) gravide che si lamentano di dispnea, tachicardia, dolore precordiale, svanimenti, ecc., pur non riscontrando il medico alcuna malattia organica di cuore. Si tratta di casi di nevrosi cardiaca o nevrastenia, pei quali vale il riposo e la psicoterapia;

2) gravide che presentano rumori sistolici, dilatazione dei diametri cardiaci non ben netta, extrasistoli. Si tratta di cardiopatie non ben diagnosticabili, per quanto « possibili », che non richiedono trattamento speciale;

3) gravide con malattia di cuore indiscutibile, con notevole ingrandimento e segni di scompenso, che può giungere alla fibrillazione auricolare.

Una piccola parte di queste ultime è affetta da sifilide cardio-vascolare, da vizi congeniti, o da disturbi gravi del ritmo. Una parte ben più ragguardevole è invece affetta da cardiopatia reumatica, con lesioni della mitrale e dell'aorta.

Il trattamento di queste deve essere, naturalmente, ben più severo.

L'interruzione della gravidanza nelle cardiache è indicata nei seguenti casi: segni netti congestizi; concomitante nefrite ed ipertensione; fibrillazione auricolare; accessi febbrili reumatici (?) in atto o recenti.

Una regola importante da osservare sarebbe quella di ricoverare in luogo adatto di cura le gravide malate di cuore, non appena appaiono i sintomi di scompenso.

In genere si può ritenere che lo scompenso cardiaco in gravidanza si produce o per non aver ubbidito ai consigli impartiti dal medico, per quel che riguarda l'attività corporea; o per malattia intercorrente imprevista e inevitabile; o per la comparsa di complicazione cardiaca improvvisa, quale ad esempio la fibrillazione.

Ottenuta l'espulsione del feto, l'eventuale sterilizzazione della donna sarà regolata dalle stesse indicazioni accennate per l'interruzione di gravidanza.

Circa ai metodi d'anestesia, l'etere è quello più vantaggioso, in quanto non fa alcun male alla cardiopaziente, e permette di compiere una cesarea in tempo assai minore che con l'anestesia locale, previa iniezione di morfina e scopolamina. Quest'ultima, inoltre, è riuscita talvolta dannosa.

Secondo gli AA. poi, sarebbe preferibile ricorrere all'estrazione col forcipe, a dilatazione completa, piuttosto che alla cesarea. Se anche fosse indicata nella paziente la sterilizzazione, questa potrà essere eseguita in seguito, a distanza di tempo più o meno lunga.

M. Faberi.

Sulla prognosi dell'ipertensione essenziale.

Veitz e Sieben (*Münch. med. Wochens.*, 1926, n. 59) con lo studio di 100 individui (46 uomini e 54 donne) hanno rilevato che molti ipertèsi conservano un'attività notevole e sono quindi poco influenzati dai loro disturbi. In molti la tensione arteriosa si mantiene stazionaria a lungo e lo stato generale risulta soddisfacente anche con tensione molto elevata.

Spesso poi si ha retrocessione dei sintomi fisici e funzionali, non solo in donne, in cui l'ipertensione è di sovente in rapporto con la menopausa, ma anche in uomini. Gli AA. in complesso, insistono sulla prognosi abbastanza favorevole dell'ipertensione.

Secondo Ide (rif. in *Revue médicale*, 3 febbr. 1927) l'ipertensione provoca talora delle conseguenze gravi, tal'altra invece è benigna, ciò che dimostra che la sua patogenesi è multipla.

La morte è dovuta ad indebolimento del cuore od all'apoplessia. I disturbi renali gravi con uremia sono rari, l'albuminuria è tardiva e leggera. Il cuore si dilata, ciò che provoca la dispnea da sforzo, elemento di cattiva prognosi.

È quindi consigliabile di sostenere il cuore mediante una medicazione digitalica continua e somministrata progressivamente secondo l'indice dispnoico del malato. Regime poco severo e non debilitante; escludere la declorurazione. Concedere la libertà di prendere delle bevande per calmare la sete.

La malattia è più benigna nelle donne.

fil.

Il trattamento dell'ipertensione della menopausa.

E. J. Stiegliz (*The Endocrine Survey*, febbr. 1927) classifica le ipertensioni nelle gravide come segue.

1) Un tipo relativamente benigno, che si manifesta abbastanza presto (5°-6° mese), caratterizzato da un graduale innalzamento della pressione e dai sintomi di una leggera nefrosi. Tali pazienti non sono da considerarsi come molto tossiche; si hanno spesso in esse dei focolai d'infezione che hanno un significato etiologico.

2) Un tipo tardivo maligno, che insorge inaspettatamente, con rapido innalzamento della tensione arteriosa e segni evidenti di notevole intossicazione, che passa rapidamente ad eclampsia, con lesioni renali ed epatiche.

3) L'ipertensione di donne che già avevano malattie vascolari o renali, quindi un'esacerbazione gravidica.

4) L'ipertensione con complicazioni definite, quali malattia cardiaca, nefrite acuta, infezioni acute, difficoltà ostetriche.

È anzitutto necessario un accurato studio della paziente e l'eliminazione di ogni sorgente d'infezione (sepsi dentale, infezioni del tratto respiratorio superiore). Si dovranno evitare nella dieta i condimenti e le spezie, ma non fare eccessive restrizioni nei proteici, per timore di compromettere il feto. Particolare attenzione si rivolgerà alle intossicazioni tiroidee, non rare nella gravidanza, contro le quali sarà utile l'uso prudente della soluzione di Lugol.

Un'altra indicazione è l'eliminazione dei prodotti tossici; se non vi sono controindicazioni cardiache, si faranno bere abbondanti quantità di liquidi (2-3 litri al giorno), anche in presenza di un edema diffuso tossico. L'uso precoce della digitale unito al riposo sarà di grande aiuto nel caso di insufficienza cardiaca anche lieve. Invece l'A. ritiene controindicati gli abbondanti purganti, le sudorazioni e, specialmente il salasso.

Utili sono i calmanti che permettono alla paziente di riposare e possono esercitare anche un'azione diretta come calmanti dell'azione vasomotrice: fra questi, il bromuro di potassio (60 cg. a 1 grammo, 3-4 volte al giorno), il fenobarbital; l'idrato di cloralio è invece di valore dubbio.

Poco valore hanno anche i vasodilatatori, quali i nitriti ed il veratrum, che l'A. sconsiglia nettamente.

Se queste misure risultano inefficaci nel ridurre l'ipertensione, ed i sintomi di intossicazione aumentano, si ricorrerà all'interruzione della gravidanza; nei casi del 2° gruppo, questa procedura impedirà l'eclampsia e ad essa si ricorrerà senza indugio. La digitale è sempre indicata in tutti i casi tossici.

La prognosi è buona nelle pazienti del primo gruppo, è sempre precaria in quelle del secondo, sebbene vi possano essere delle guarigioni; in quelle del terzo, dipende dalla gravità dell'intossicazione ed in quelle del quarto da quella delle complicazioni esistenti.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La vitamina antirachitica.

È noto che le vitamine A, B e C derivano dai cibi vegetali: l'organismo animale non è in grado di sintetizzarle. La vitamina D o antirachitica, invece, non si trova, di regola, nei cibi vegetali. Abbonda nell'olio di fegato di merluzzo; è anche presente nel tuorlo d'uovo e nel burro. Se ne sono riscontrate deboli proporzioni nell'olio di cocco preparato con frutti seccati al sole, il che è stato attribuito all'azione attivante della luce ultravioletta sui grassi.

C. E. Bills (*Journ. Biol. Chem.*, apr. 1927) ha voluto indagare se la vitamina D del merluzzo potesse provenire dall'alimentazione abituale di questo. All'uopo egli ha esaminato le alghe di cui abitualmente si nutre il merluzzo nei pressi di Terranova, e le ha trovate povere di detta vitamina. D'altra parte l'irradiazione del merluzzo non ne ha fatto aumentare il contenuto di questa vitamina; l'oscurità protratta per 6 mesi non l'ha fatta diminuire.

Tutto ciò tende a provare che il merluzzo compie da sè la sintesi della vitamina D. Tale prerogativa è condivisa da altri pesci: così l'olio di aringa e l'olio di sardine rivaleggiano con quello di olio di fegato di merluzzo in contenuto di vitamina D.

V.

L'azione della luce sull'olio di fegato di merluzzo.

P. B. Peacock (*Lancet*, 14 agosto 1926) ha fatto delle esperienze in proposito ed ha rilevato che la luce agisce sull'olio di fegato di merluzzo, inducendo in esso le seguenti modificazioni: 1) La fluorescenza normale di un bel color oro scompare progressivamente con l'esposizione alla luce; questo effetto viene chiamato « deluminazione ». 2) Ancor prima che si verifichi la deluminazione, la ricerca della vitamina A mediante la reazione col cloruro di arsenico è negativa. 3) L'olio, anche se completamente deluminato, purchè sia tenuto all'oscuro per parecchi mesi, riacquista gradatamente la fluorescenza, ma non ricupera la vitamina che è da considerarsi come totalmente distrutta. 4) Corrispondentemente alle modifica-

zioni della fluorescenza, vi è una modificazione nello spettro di assorbimento. Man mano che progredisce la deluminazione, lo spettro di trasmissione si estende verso l'ultravioletto; col ritorno della fluorescenza vi è un ritorno proporzionale dello spettro di assorbimento.

Da queste ricerche si possono trarre alcune conclusioni. Anzitutto è da porsi in rilievo l'importanza della luce come un fattore variabile di cui bisogna tener conto nelle esperienze sulle proprietà di promuovere l'accrescimento, in secondo luogo è essenziale conservare l'olio di fegato all'oscurità; da ultimo è opportuno richiamare l'attenzione sulla natura della complessa reazione dell'olio di fegato alla luce, reazione che è soltanto in parte reversibile.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. F. R., da S. M., abb. n. 2529-1:

La paralisi progressiva come tale non può ritenersi affezione ereditaria: se mai, si può pensare ad una eredità nervosa che predisponga alla paralisi progressiva.

In quanto alla dermatite « imprecisata » può darsi che fosse di natura luetica. Se il padre è morto di p. p., indubbiamente era stato luetico e poteva trasmettere l'infezione ai figliuoli.

Se la dermatite esiste ancora, i dati clinici e morfologici ed il criterio *ex juvantibus* possono illuminarne la natura.

MONTESANO.

All'abb. n. 2813-1, Verona:

Può consultare, oltre i vari trattati di semeiotica delle malattie del sistema nervoso, fra i quali il DEJÉRINE (ne esce ora una nuova edizione), i seguenti volumi:

1) KAFKA V. *Taschenbuch der praktischen Untersuchungsmethoden der Körperflüssigkeiten bei Nerven- und Geisteskrankheiten* (Springer, Berlino);

2) ALFREDO DA ROCHA PEREIRA. *Liquido cefaloraquidiano. Valor clinico de seu exame* (Comp. Portug. Edit., Porto).

E. T.

All'abb. n. 9635:

La pratica la deve svolgere presso la Direzione di Sanità del Corpo d'Armata dove risiede. Nella domanda deve dichiarare di essere trasferito nel Corpo Sanitario con il grado di Sottotenente rinunziando a quello di Tenente.

A. C.

VARIA.

Elogio del medico.

Il presidente Coolidge ha pronunciato un discorso alla riunione annuale dell'Associazione Medica Americana. Ha lodato l'attenzione devota e illuminata con cui la professione medica protegge e custodisce la salute della comunità: « senza questo provvido servizio — ha detto — i più grandi centri di popolazione rischierebbero di essere decimati e le più moderne organizzazioni della società sarebbero distrutte. Nessuno può mettere in dubbio che se fosse possibile di dare alla umanità il benessere e la salute fisici, molti dei problemi sociali che ora la travagliano scomparirebbero automaticamente. Con il perfezionamento dell'individuo si potrà sperare nel perfezionamento sociale del mondo, ed in un'èra di vita sana, di sani pensieri, di buona volontà e di pace ».

(Da *L'Italia Sanitaria*).

Pericoloso esperimento per la cura del diabete.

Il prof. Haldane, docente di clinica alla Università di Cambridge, considerato che la legge proibisce certi esperimenti sui cani senza l'uso di anestetico si è sottoposto volontariamente a grave operazione, in seguito alla quale la sua massa sanguigna è stata ridotta nelle condizioni di acidosi, analoga a quelle che esistono nei soggetti diabetici. Il sangue del prof. Haldane fu poi sottoposto ad una serie di esperimenti chimici, dai quali egli spera che possa irradiare nuova luce sulla terapeutica del diabete.

Il prof. Haldane, che ha trentasei anni, già altre volte ha dato prova di eroismo in favore della scienza. Per esempio, due o tre anni fa egli mediante iniezioni fu colto da convulsioni che durarono ininterrottamente per un'ora e mezzo. Risultato di tale esperienza fu la preparazione di uno specifico che, a quanto dicono i giornali scientifici, ha salvato migliaia di bambini in tutto il mondo.

(Da *L'Avven. Sanit.*).

Una trovata di una Società di Assicurazione.

Una Società di Assicurazioni sulla vita, con sede a Budapest, sospese il pagamento di una rendita vitalizia ad un suo assicurato pel fatto che questi si era assoggettato ad una operazione Voronoff. Si attende il responso del Tribunale, al quale l'assicurato ha fatto ricorso; responso che evidentemente assume importanza notevole per le Assicurazioni, che in Ungheria sono abbastanza diffuse.

(Da *L'Avven. Sanit.*).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXV. — Forme delle deliberazioni consorziali.

È illegale la deliberazione di un consorzio sanitario se non risulta dal verbale che sia stata adottata in seduta segreta e con votazione a scrutinio segreto, qualora, s'intende, si tratti di provvedimento che debba essere approvato con queste forme. La pubblicità è la regola delle adunanze; la segretezza ne è la eccezione. Quando la legge vuole che si deliberi in seduta segreta, qualora cioè si tratti di quistioni concernenti persone, poichè si deroga alla forma ordinaria, che è quella pubblica, deve risultare esplicitamente dal verbale che la forma eccezionale è stata osservata, non potendo presumersene la osservanza. (Consiglio di Stato Sezione V, decisione 19 novembre 1926 n. 412).

XXVI. — Condizioni di legittimità dell'avviso di un concorso.

L'avviso del concorso deve corrispondere alle norme del capitolato o della deliberazione concernente il posto che è oggetto del concorso stesso.

La Congregazione di Carità di Voghera aveva istituito un posto di radiologo. Essa però indisse poi un concorso specificando nell'avviso l'ufficio di direttore del reparto radiologico e radioelettrico. Il Prefetto di Pavia annullò l'avviso del concorso perchè non conforme alla deliberazione che istituì il posto, essendo diversi il reparto di radiologo e quello di radioelettrico. La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 28 dicembre 1926 n. 469, dichiarò legittimo il provvedimento del Prefetto.

XXVII. — Visto, ratifica, approvazione.

Badare alla forma, specialmente quando si tratti di deliberazioni di Commissari prefettizi. In tal caso, è necessaria la ratifica prefettizia degli atti che il Commissario compie nella sua qualità di delegato del Prefetto. Se la ratifica manca, l'atto è inefficace. Nè può bastare l'approvazione dell'autorità tutoria, cioè della G. P. A., perchè quest'ultima ha scopi diversi ed è espressamente richiesta, oltre la ratifica, nei casi previsti dall'art. 102 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2839. Non è nemmeno sufficiente il *visto* prefettizio, il quale non è equivalente alla ratifica, che riguarda il merito del provvedimento e integra l'atto, mentre il visto importa soltanto un controllo di legalità estrinseca. Nè infine si può ritenere implicita la ratifica nel voto favorevole dato dal Prefetto quale Presidente della G. P. A.

Queste risoluzioni, prevalenti in giurisprudenza, sono state confermate dalla V Sezione del Consiglio di Stato con decisione 14 gennaio 1927 n. 4.

XXVIII. — Domanda di stipendi in base a nuovo regolamento: competenza.

Deduceva un impiegato che, essendo stata elevata la sua classifica per effetto di un nuovo regolamento organico del Comune, l'aumento di stipendio che ne derivava gli era dovuto dalla data stabilita dal regolamento per la decorrenza degli effetti di esso. Era competente l'autorità giudiziaria ordinaria a conoscere di questa domanda o doveva l'impiegato ricorrere in sede giurisdizionale amministrativa? Le Sezioni Unite della Corte di Cassazione, con sentenza 22 dicembre 1926, su ricorso del Comune di Messina contro Grego, hanno dichiarato che era competente l'autorità giudiziaria perchè la domanda aveva per oggetto una pretesa patrimoniale in base ad un atto amministrativo del quale l'impiegato non impugnava la legittimità. Questa risoluzione corrisponde alla giurisprudenza ormai costante della Corte di Cassazione. Tuttavia, abbiamo creduto utile segnalarla per la specialità del caso deciso, trattandosi di una domanda di stipendi arretrati in dipendenza di una diversa classificazione del posto di organico dipendente da un nuovo regolamento.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ATTI UFFICIALI.

Assistenza ospedaliera ed Enti autarchici.

La Commissione per lo studio dei problemi interessanti gli Enti autarchici, presieduta dal comm. Guglielmotti, assistito dal segretario della Federazione, dott. Sabelli, ha preso in esame il problema dell'assistenza sanitaria ed in particolare delle spedalità romane; esso forma oggetto di continuo studio da parte della Federazione per la vastità ed importanza degli interessi che involge e che essendo strettamente collegati con la tutela della salute pubblica pongono i Comuni in una delicatissima condizione per la quale vanno quasi sempre sacrificati i loro interessi economici.

Si è rilevato che i Comuni della Provincia di Roma sono debitori degli Ospedali Riuniti di circa 20 milioni di lire. È un debito tale da sconvolgere la stabilità di qualsiasi bilancio. Molti dei Comuni non potranno avere mai la possibilità di saldare tali passività, neppure con la più larga ratizzazione.

La Commissione ha preso atto dei risultati di un colloquio avuto sul problema delle spedalità con l'on. Lanfranconi, presidente degli Ospedali di Milano, per esaminare l'azione svolta in quella Provincia onde ridurre il più largamente possibile le spedalità addebitate ai Comuni e facilitare a questi i relativi ricuperi ed esoneri. È stata quindi approvata senza discussione la proposta di costituire un apposito ufficio con il còmpito e le funzioni specifiche di compilare nell'interesse dei Comuni i ricorsi di spedalità, azioni di recupero, presentazione e discussione presso le competenti autorità, atti notori, documenti anagrafici, ecc.

La Commissione ha inoltre rivolto il proprio esame su la questione della costruzione delle case popolari in Provincia, rilevando le tristi condizioni di abitabilità specie nei centri rurali.

Per l'assistenza igienico-sanitaria alle masse lavoratrici.

La Confederazione Generale Fascista dell'Industria italiana comunica:

« Sino ad ora l'adempimento degli obblighi sanitari che la legge sugli infortuni sul lavoro attribuisce ai datori di lavoro industriali e l'assistenza igienico-sanitaria in genere alle masse lavoratrici, erano stati oggetto di esecuzione diretta per parte delle singole ditte nell'orbita della loro possibilità, o devolute ad un ente privato, « La Vigile », che in 25 anni di lavoro aveva raccolto presso di sè parecchie migliaia di ditte ed aveva fondato e gerito nei maggiori centri industriali, delle provvidenze sanitarie specializzate, ottenendone risultati sociali soddisfacenti, per quanto necessariamente limitati.

Nell'intento di unificare tutte le forze dell'industria a questo altissimo scopo assistenziale, e sopratutto per dare a quello che oggi è soltanto istituto privato un diverso carattere, un maggiore impulso, una più ampia sfera d'azione ed una più intima adesione all'organizzazione sindacale, la Confederazione Generale Fascista dell'Industria ha rilevato l'organizzazione di detto Istituto, e si propone di portare queste provvidenze sanitarie specializzate nelle regioni d'Italia che ne sono prive, di renderle ovunque più efficienti, di intensificarne i presidî tecnici, portando così l'organizzazione assistenziale al massimo grado; sicura in tal modo di interpretare e di spingere — in ossequio alle direttive del Governo Nazionale — la fattiva volontà degli industriali che vogliono la migliore efficienza fisica dei loro operai unita alla massima produttività per il benessere loro e della Nazione.

A direttore generale del nuovo Istituto è stato confermato il comm. dott. G. A. Vigliani ».

Vigilanza igienica sugli Stabilimenti balneari.

Il Ministro dell'Interno ha diretto ai Prefetti una circolare nella quale richiama la loro attenzione sulla vigilanza igienica sugli Stabilimenti balneari. La vigilanza dovrà essere estesa alle concessioni, all'esercizio e al funzionamento degli Stabilimenti balneari per ovviare a qualsiasi danno che dalla inosservanza delle norme in vigore possa derivare alla salute dei bagnanti.

Disciplina del commercio delle carni fresche e congelate.

Il Ministro dell'Economia Nazionale ha diramato la seguente circolare:

« Questo Ministero, ad evitare che il funzionamento degli spacci di carni gestiti in nome e per conto delle Aziende cooperative di consumo possa essere turbato nella rigida applicazione del Decreto-legge maggio 1927, ed in considerazione che le Aziende suddette adempiono ad uno scopo sociale di alta importanza per moderare la tendenza al rialzo dei prezzi delle derrate, è venuto nella determinazione di consentire agli spacci suddetti la vendita promiscua di carni congelate e fresche, escludendosi però nel modo più assoluto la vendita di carni congelate e fresche di animali della stessa specie.

« Così, ad esempio, se un determinato spaccio vende carni congelate bovine e cioè di vitello, manzo, vacca, bue, toro, ecc., potrà vendere contemporaneamente carni fresche ovine e suine, ma non potrà vendere carni fresche bovine di nessun genere.

« Nell'occasione si fa presente che è in corso la rettifica di alcune parole del terzo ed ultimo comma dell'articolo del Decreto-legge suddetto, dove si tratta delle carni suine di seconda qualità, nel senso che invece di « maschi e femmine, castrati da almeno due mesi » si debba intendere « maschi e femmine castrati da meno di due mesi ».

« Si avverte poi che il Regolamento sanitario sulle ispezioni delle carni da macello, di imminente pubblicazione da parte del Ministro, ritiene di assegnare i verri e i criptorchidi alla bassa macelleria ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASCOLI PICENO. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Fermo; titoli ed esami. Ab. 23,290; alt. 319 m.; 7 km. dal mare. L. 15,000, 5 quadr. dec. e c.-v. Divieto libero eserc. Scad. 20 ag. Età lim. 45 a. Docum. a 3 mesi dal 27 giugno.

CAIAZZO (*Benevento*). — Con determinazione prefettizia il concorso alla condotta med. è stato sospeso.

CALCIO (*Bergamo*). — Kmq. 15.47; ab. 4057; pov. c. 1000; L. 6000 (*sic*) e 5 quinq. dec.; L. 2000 trasp.; L. 700 uff. san.; L. 500 Ospedale Zanoncelli; scad. ore 17 del 30 ag.; tassa L. 50.10; accettaz. entro 8 giorni.

CARRARA. *Congregazione di Carità.* — Medico primario e chirurgo primario del Civ. Ospedale; al 31 ag.; v. fasc. 29.

CASTELVETRO (*Modena*). — Scad. 30 ag.; 2° reparto; L. 8500, oltre L. 2500 trasp. (cavallo, automob. o motocicl.).

ENDENNA (*Bergamo*). — Consor. 6 com.; scad. 31 ag.; L. 9000, oltre L. 3000 cav., L. 700 uff. san., c.-v.; tassa L. 50.15.

FAENZA. *Congreg. di Carità.* — A tutto il 15 ag. Aiuto chirurgo presso l'Osped. Civ.; L. 7000, c.-v., eventuale supplemento; età mass. 35 a.; tassa L. 50. Docum. a 3 mesi dal 4 lug. Nom. biennale. Chiedere annunzio.

GIRGENTI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Canicattì; scad. 15 ag.; vedi fasc. 28.

LUCCA. *RR. Spedali ed Ospizi.* — Aiuto di chirurgia; assistente di chirurgia; assistente di medicina; L. 3000 (*sic*) annue per ciascuno dei tre posti, oltre L. 500 supplettive per l'aiuto; L. 20 ogni guardia; 15% tasse operazioni. Scad. ore 17 del 16 ag. Età lim. 30 a. Per l'aiuto 4 anni di servizio effettivo in Sezione Chirurgica di Ospedale. Chiedere annunzio.

MONTAGGIO (*Genova*). — Scad. 1° sett.; L. 9600 e 10 bienni, oltre L. 500 uff. san., L. 300 bicicl.

MONZA. *Congreg. di Carità.* — Medico secondario nel Civico Ospedale Umberto I; a tutto 5 ag.; L. 4000 (*sic*) annue; partecipaz. proventi cure ai paganti; L. 10 ogni guardia; tassa L. 50; serv. entro 10 gg.

NICOSIA (*Castrogiovanni*). — Per Villadoro; ab. 1041; L. 10,000 e 4 quinq. dec.; età lim. 45 a. Scad. 8 agosto.

PERSICETO (*Bologna*). — Al 15 ag.; v. fasc. 28.

PIEVE DI CADORE (*Belluno*). — A tutto 15 ag.; ab. 4189; alt. 870 m.; 5 centri congiunti da 5 km. di comode strade; villeggiatura; L. 8000 per 1000 pov.; L. 1000-2000-3500 trasp.; L. 500 uff. san.; tassa L. 50.10.

POLLENZA (*Macerata*). — Al 15 ag.; serv. chirurg. intera popolaz. e serv. medico capoluogo e fraz. Piane di Chienti; L. 8000, oltre L. 1200 Osped. Civ., L. 500 trasp., L. 900 temp. uff. san.; età lim. 40 a.; docum. a 3 mesi dal 6 luglio; tassa L. 50.15.

S. FERDINANDO DI PUGLIA (*Foggia*). — Scad. 20 agosto; stip. L. 9000, con 5 aumenti quadriennali 10%; età non superiore 45 a., salve eccezioni legge. Tassa L. 50.10. Per ulteriori informazioni rivolgersi Segreteria com.

TARQUINIA (*Roma*). — Proroga a tutto 24 ag.; vedi fasc. 29.

UMBERTIDE (*Perugia*). Scad. 31 ag.; cond. primaria; L. 8000 e 6 quinq. dec., oltre L. 600 serv. att., L. 1200 direz. Osped. Civico; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15.

URBANIA (*Pesaro-Urbino*). — Al 10 ag., ore 18; città; L. 8000, oltre L. 600 serv. att. e c.-v.; serv. ospedaliero; L. 600 uff. san.; 10 bienni ventes.; addizion. L. 2; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10; doc. a 3 mesi dal 10 lug.; serv. entro 15 gg.

CONCORSI A PREMI.

Premio « Carlo Platschick ».

È aperto il concorso al Premio « Carlo Platschick » di L. 2000 da assegnarsi all'autore del miglior lavoro, sopra un argomento di stretta attinenza alla disciplina stomatologica, che sarà presentato alla sezione scientifica del XVI Congresso Stomatologico Italiano che avrà luogo a Milano il 17 settembre 1927.

I concorrenti dovranno inviare, non più tardi del 17 agosto, i loro lavori in piego postale raccomandato al Presidente della Federazione Stomatologica Italiana, dott. Spiro Di Mento (via D'Azeglio 34, Bologna 129), al quale potranno essere chieste le altre norme del concorso.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con recente decreto l'ufficio di presidenza della R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli per il biennio 1927-28, risulta così composto: presidente prof. Gaetano Jappelli; vice-presidente prof. Rocco Jemma; segretario prof. Giovanni Boeri; vice-segretario prof. Cesare Colucci; tesoriere prof. Francesco Paolo Sgobbo.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Il prof. Cesare Agostini designato dal Consiglio Superiore Professore stabile di ruolo.

Perugia.

S. E. il ministro Pietro Fedele telegrafava al Rettore della nostra Università:

« Mi è gradito comunicarle che il Consiglio Superiore ha espresso parere favorevole nomina prof. Cesare Agostini insegnante ruolo universitario ai sensi seconda parte art. 17 Decreto ordinamento universitario ».

A questo telegramma ugualmente inviato al Prefetto ed al Podestà di Perugia rispondeva il vicerettore prof. Rossi nel modo seguente:

« A nome dell'Università vivamente ringrazio E. V. comunicazione parere Consiglio Superiore favorevole nomina illustre professore Agostini ai sensi dell'art. 17. Compiacendomi sentitamente giusto riconoscimento altissimi meriti scientifici insigne collega onore di questo Ateneo e della Città ».

La Facoltà di medicina della nostra Università aveva inviato a S. E. il Ministro della P. I. un voto al quale si era unita la Facoltà di legge e corredato dal giudizio dei più eminenti psichiatri d'Italia, quali Leonardo Bianchi, Enrico Morselli, Eugenio Tanzi, Ernesto Lugaro, Arturo Donaggio, Giovanni Mingazzini, Ernesto Belmondo, Gio. Battista Pellizzi, voto con il quale dopo aver messo in luce gli altissimi meriti scientifici e didattici del prof. Agostini da oltre trent'anni docente nella Università, nonchè la grande estimazione da lui goduta in Italia ed all'estero quale Maestro insigne delle discipline psichiatriche e le sue benemerenze nel periodo bellico, unanimemente faceva voti perchè il Ministro della P. I. nominasse il prof. Agostini professore di ruolo stabile della Clinica delle malattie nervose e mentali nella R. Università di Perugia in applicazione dell'articolo 17 del R. D. settembre 1924.

La Giunta del Consiglio Superiore composta dagli illustri proff. Simonetta, Pende, Bottazzi, Pascale, Donati, Padre Agostino Gemelli all'unanimità proponeva ai componenti il Consiglio Superiore per il prof. Agostini l'applicazione dell'articolo 17 e la proposta della Giunta veniva con splendida votazione approvata nella seduta plenaria del Consiglio Superiore.

Con questa nomina che è tenuta in così alta considerazione da essere raramente conferita viene oggi dal più alto Consesso degli scienziati italiani proclamato il prof. Agostini Maestro insigne della neuropsichiatria italiana e noi ammirati e riverenti ci congratuliamo con il nostro illustre amico che solo con la sua ferrea volontà con il suo intelletto superiore ha saputo conquistarsi così larga estimazione e tale rinomanza tra gli studiosi d'Italia e dell'estero che ridonda a grandissimo onore del nostro Ateneo e della nostra Perugia.

NOTIZIE DIVERSE.

L'Università di Edimburgo al prof. Ascoli.

Il giorno 20 luglio il prof. Vittorio Ascoli, direttore del R. Istituto di Clinica medica di Roma, nostro direttore, ha ricevuto la laurea *honoris causa* dall'Università di Edimburgo.

Il prof. Ascoli, chiamato appositamente nel celebre Ateneo, è stato accolto con sfarzoso cerimoniale e fatto segno alla stima dei migliori scienziati inglesi.

L'atto della nobile Università di Edimburgo è il riconoscimento delle benemerenze del clinico di Roma acquistate in duri anni di studio e di lavoro, e di circa dieci anni di insegnamento, serio e sereno, dalla stessa Cattedra del suo compianto maestro Guido Baccelli.

Il II Congresso Nazionale per la lotta contro la tubercolosi

promosso dalla Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi, sarà tenuto a Milano dal 23 al 26 ottobre sotto l'alto patronato di S. E. Benito Mussolini.

Presidente del Congresso è il podestà di Milano, on. Belloni; sede del Congresso il Castello Sforzesco. I lavori si svolgeranno in tre sezioni: Sociale, Scientifica, Consorziale.

A segretario generale del Congresso, organizzato sotto gli auspici del comune di Milano, è stato chiamato il prof. Andrea Scarpellini, ufficiale sanitario, direttore degli Uffici d'igiene, sanità e annona del comune, il quale è a disposizione per informazioni e comunicazioni.

XVI Congresso Stomatologico Italiano.

Il XVI Congresso promosso dalla Federazione Stomatologica Italiana avrà luogo a Milano dal 17 al 20 settembre p. v. Esso assumerà speciale significato poichè quest'anno ricorre il XXV annuale della fondazione di tale sodalizio e del suo organo ufficiale « La Stomatologia ».

Al Congresso interverranno stomatologi ungheresi, francesi e svizzeri.

Sono all'ordine del giorno una relazione del prof. Cesare Cavina dell'Università di Bologna sul tema « Ascessi e flemmoni di origine dentaria », e due temi di libera discussione, uno sulla « Cura dei canali radicolari » e l'altro « Sui materiali e strumenti preferiti ». Si annunciano già parecchie comunicazioni fra le quali quelle del prof. Giuseppe Cavallaro dell'Università di Firenze « Sul comportamento della carie del terzo molare superiore »; dell'on. prof. Amedeo Perna dell'Università di Bari sulle « Terminazioni nervose nel dente sano e in quello ammalato »; del dott. Umberto Saraval di Venezia sulla « Ricerca della colesterina e del calcio nel sangue di individui con carie dentaria », ecc.

Il programma dei festeggiamenti comprende una gita sul Lago di Como e la visita alla Certosa di Pavia.

Oltre ai soci della Federazione Stomatologica Italiana possono partecipare al Congresso i medici e gli odontoiatri italiani e stranieri, i quali avendo fatta domanda alla Presidenza della F. S. I., siano stati da questa accettati. Le domande devono essere rivolte al presidente di detto sodalizio dottor Spiro Di Mento, via D'Azeglio 34, Bologna (129).

I Congresso Nazionale d'infortunistica agricola.

È stato indetto dalla Cassa Mutua Infortuni Agricoli di Vercelli, per solennizzare il suo venticinquesimo anno di vita, essendo essa sorta nel 1902, e cioè 15 anni prima che fosse emanata la legge 23 agosto 1917, n. 1450 sugli infortuni in agricoltura.

Il Congresso avrà luogo in Vercelli, sede della Cassa, nei giorni 24-26 settembre. Vi saranno trattati vari temi interessanti la detta legge ed aventi lo scopo di concorrere al miglioramento di essa, che per quanto fondamentalmente buona ha bisogno di correzioni e di modifiche per renderla più consona allo scopo per cui fu promulgata.

Oltre la trattazione dei temi che saranno svolti da illustri medici infortunistici e da esimi magistrati vi saranno festeggiamenti, gite a tenute modello e possibilmente anche in qualche vicina località montana.

Associazione Oftalmologica Italiana.

È stata diramata la seguente circolare, a firma del prof. Gaetano Lodato, direttore della R. Clinica oculistica di Palermo:

« Nel recente Congresso d'igiene oculare, tenuto in Napoli sotto la presidenza dell'illustre prof. Angelucci, è stata deliberata la ricostituzione dell'antica Associazione Oftalmologica Italiana e venne prescelta Palermo a sede del prossimo Congresso che avrà luogo nel 1928.

Le ragioni, che hanno determinato tale decisione, sono chiaramente espresse nel telegramma di comunicazione a S. E. Fedele, ministro della P. I., dove è affermato che gli oculisti italiani « pervasi da alto spirito di disciplina fascista e dal proposito di riunire in unica famiglia tutti i cultori della oftalmologia per il maggiore incremento della Scienza Italiana, hanno richiamato a nuova vita la gloriosa Associazione Oftalmologica Italiana ».

Ho accettato l'onorifico incarico di formare e presiedere il Comitato ordinatore del prossimo Congresso — che sarà il XXI dell'Associazione Oftalmologica Italiana — nella fiducia che tutti i colleghi d'Italia saluteranno con vivo compiacimento la rinascita dell'antica Associazione, cui sono legati i più cari ricordi di concordia e fecondo lavoro.

La risorta Associazione Oftalmologica, seguendo l'antica tradizione, è aperta a tutti gli studiosi, senza alcuna distinzione, fuori di qualsiasi formalità; la sede mobile dei Congressi, con ufficio di Presidenza da rinnovare volta per volta senza alcuna prevalenza di persone e di scuole, servirà a meglio cementare i vincoli di solidarietà fra gli oculisti delle varie regioni d'Italia.

Con altra circolare sarà comunicata la data del prossimo Congresso, e saranno pubblicati i nomi dei componenti il Comitato ordinatore ».

La circolare ricorda che nel predetto Congresso d'igiene oculare venne deliberato di tenere ogni anno, a primavera, in Napoli un Congresso d'Igiene della Scuola e di Patologia infantile, che sarà presieduto dal prof. Angelucci.

Associazione Italiana Fascista per l'igiene. Organizzazione Nazionale di Propaganda Igienica.

Nella riunione straordinaria tenuta in Roma nel decorso maggio dall'Ufficio di Presidenza, con l'intervento di buona parte dei più autorevoli soci e dei rappresentanti dei maggiori Enti aderenti, vennero concretate le modificazioni da apportarsi allo Statuto sociale, in conseguenza della trasformazione fascista deliberata ad unanimità al Congresso di Torino.

Delle risoluzioni adottate la Presidenza generale dette immediata partecipazione ufficiale a S. E. Turati, segretario generale del Partito Nazionale Fascista, il quale ha risposto con una lettera di assenso ed ha ratificato il testo del nuovo Statuto e relativo Regolamento.

Al prof. Achille Sclavo, confermato nella carica di Presidente Generale, è stata consegnata a Siena, in forma solenne, la tessera fascista, presenti l'on. Baiocchi, il Podestà conte Bargagli, Petrucci e le maggiori personalità cittadine.

Congressi medici tedeschi.

A Vienna si aduneranno i seguenti Congressi:

Il 13 e il 14 settembre la Lega Tedesca di Psichiatria; temi: 1) « Psicologia delle schizofrenie », relatori Gruber e Berze; 2) « Assistenza agli psicopatici », relatore Mönkemöller; 3) « La medicina nei manicomi pubblici », relatore Merklin. Per informazioni rivolgersi al segretario dott. G. Ilberg, Sonnenstein bei Pirna (Sachsen, Germania);

Dal 15 al 17 settembre la Lega Tedesca di Neurologia; tema: « Anatomia, fisiologia e patologia del sistema sensitivo », relatori Wallemberg, v. Frey, v. Weizsacher, Schwab; per informazioni rivolgersi al segretario dott. Kurt Mendel, Augsburgstrasse 43, Berlino;

Dal 29 agosto al 2 settembre la Lega dei Medici ferroviari; per informazioni rivolgersi al Sanitäts-Chef der Oesterreichischen Bundesbahnen Hofrat dott. A. Bogdan, Schwarzenbergplatz 3, Wien I;

Dal 4 al 7 ottobre un Congresso per le malattie digerenti e del ricambio.

Corsi di perfezionamento.

Presso la Clinica delle malattie cutanee e sifilitiche della Facoltà medica di Strasburgo, sotto la direzione del prof. L.-P. Pautrier, avrà luogo dal 19 settembre al 5 novembre un corso di perfezionamento in Dermatologia e Venereologia. Sarà

teorico-pratico, con dimostrazioni batteriologiche e istologiche, nonchè dei metodi terapeutici (cauterizzazioni, scarificazioni, elettrolisi, neve carbonica, radioterapia, uretroscopia, ecc.). Gli allievi avranno libero accesso nelle sale degli ammalati, nell'ambulatorio, nella ricca biblioteca e al museo fotografico e istologico. Alla fine del corso sarà rilasciato un certificato di frequenza. Tassa d'iscrizione, frs. 300, da inviarsi al prof. Pautrier, 2, quai St. Nicolas, Strasbourg. I medici stranieri possono anche fissare l'alloggio prima del loro arrivo, a prezzi piuttosto modici.

Contemporaneamente a detto corso, ne avrà luogo un altro riguardante i principali metodi di laboratorio e di anatomia patologica delle dermatosi, il quale comprenderà 20 lezioni. I partecipanti ad esso avranno agio di formarsi una collezione di tagli istologici e di culture di tigne, che resterà di loro proprietà; saranno loro anche insegnate le varie tecniche sierologiche (reazione di Bordet-Wassermann, di Hecht-Bauer, flocculazione di Vernes). La tassa di iscrizione è di frs. 300 e va pure inviata al prof. Pautrier.

Un corso di perfezionamento in patologia digestiva è stato organizzato dal prof. F. Gallart y Monés nell'Ospedale della Santa Croce in Barcellona (Clinica Medica e Dispensario per Malattie dell'Apparato Digerente); vi coopereranno sedici insegnanti Il corso inizierà il 5 ottobre e durerà incirca 3 mesi. Le lezioni saranno illustrate da proiezioni, fotografie, pezzi patologici, preparazioni istologiche ecc. e si alterneranno con esercitazioni radiologiche, esofagoscopiche, rettoscopiche, coprologiche e con dimostrazioni operatorie. L'iscrizione importa 100 pesetas. Per le iscrizioni rivolgersi alla: Administración del Hospital de la Santa Cruz, Depositaría, Barcelona (Spagna).

Presso la Facoltà medica di Vienna si terrà un corso di perfezionamento sui progressi della medicina, con particolare riguardo alla terapia (per medici rurali) dal 26 settembre all'8 ottobre (contemporaneamente avranno luogo esercitazioni di seminario); un corso internazionale di perfezionamento sulle malattie del cuore e dei vasi dal 28 novembre al 10 dicembre (tassa sc. 50) e ogni mese vari corsi di perfezionamento in singoli rami della medicina. Per informazioni rivolgersi al Kursbüro der Wiener medizinischen Fakultät, Schösselgasse 22, Wien III; per i corsi internazionali al segretario Dr. Kronfeld, Porzellangasse 22, Wien IX.

Nel Consiglio Superiore di Sanità.

Con recente Decreto-legge è stato stabilito che il Capo dell'Ufficio Sanitario Centrale delle Ferrovie dello Stato è membro del Consiglio Superiore di Sanità.

Il provvedimento, dovuto all'iniziativa del Ministro delle Comunicazioni on. Ciano, è giustificato dalla importante funzione esercitata dal servizio sanitario delle ferrovie dello Stato nell'igiene generale, campo nel quale esso collabora intimamente con la Direzione Generale di Sanità.

Consiglio Superiore della P. I.

Si è riunito il Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione sotto la presidenza del ministro Fedele. Esso ha tenuto complessivamente quattordici sedute. È stato dato parere favorevole alla nomina del prof. Agostini in base all'art. 17. Si è proceduto alla nomina di tutte le nuove Commissioni per le libere docenze, per la stabilità dei professori non stabili e sono state designate le Commissioni per i concorsi universitari in corso.

Colonie marine, fluviali ed elioterapiche.

Il Foglio d'ordini del Partito Nazionale Fascista reca che centoquarantamila bimbi poveri e gracili hanno trovato ospitalità nelle colonie marine e montane; altri quarantamila nelle colonie elioterapiche e fluviali.

L'Opera Maternità e Infanzia, i Fasci maschili e femminili, in una gara magnifica di ardore, hanno saputo superare con mezzi modesti difficoltà enormi, grazie all'aiuto del Governo, della Croce Rossa e delle opere varie di assistenza.

Alla fine dell'estate, circa trecentomila figli di operai e di modesti impiegati torneranno alle famiglie col corpo risanato e irrobustito, e con l'animo sorridente per le ore buone e liete vissute.

La lotta per la sanità della razza è in pieno sviluppo e darà i suoi immediati benefici frutti. Nessun regime, in nessuna parte del mondo, mai si occupò dell'infanzia con tanta amorosa solerzia.

Assistenza sanitaria agli studenti.

Il prof. E. Ligorio, direttore dell'Ospedale Civile di Venezia, ha istituito presso il detto Ospedale dei dispensarî per la vigilanza igienica degli scolari inscritti all'opera dei Balilla e delle piccole italiane, munendoli di un libretto sanitario e visitandoli periodicamente. Dato il felice esito di questa prova, lo stesso Ospedale intende ora estendere il provvedimento anche agli studenti medî e superiori.

Elargizioni.

In occasione del primo centenario di fondazione della Cassa di Risparmio di Torino, la quale ha depositi per oltre un miliardo e trecento milioni di lire con un patrimonio di 97 milioni, il Consiglio d'Amministrazione ha deliberato cospicue elargizioni per opere di beneficenza e di pubblica utilità.

Tra le assegnazioni figurano: 4 milioni all'Opera Pia Ospedale San Luigi per compimento di un Tubercolosario di 1000 letti; 500,000 lire all'Ospedale Maggiore San Giovanni; 5 milioni alla Clinica chirurgica universitaria. L'ammontare delle elargizioni è di 14,603,125 lire.

Tombole di beneficienza.

La « Gazz. Uff. » pubblica un R. D. 27 marzo 1927, n. 493 concernente la concessione di una tombola nazionale a favore dell'Ospedale Vittorio Emanuele II di Caltanissetta, degli Ospedali di Rimini e di Monchiaro e del Ricovero di Mendicità di Verucchio e l'approvazione del piano regolamentare relativo.

Tricentenario della Sorbona.

L'8 luglio l'Università parigina della « Sorbonne » ha celebrato il tricentenario della sua ricostruzione. Il presidente della repubblica Gastone Doumergue presiedette alla cerimonia, cui partecipò anche il principe di Galles. Gli oratori ricordarono, fra l'altro, che il primo libro stampato in Francia lo fu nei sotterranei della Sorbonne.

Poi fu posta la prima pietra della Casa degli studenti inglesi, nella città universitaria. Il presidente Doumergue, prima nella sala accademica, poi nella cappella, ultima traccia della casa di Roberto di Sorbonne, rievocò, dinanzi al principe di Galles, vetusti ricordi di quella Università, illustrati da miniature, da preziosi manoscritti, e da quadri famosi. Straordinaria l'affluenza del pubblico e degli studenti.

Nuovi ospedali in Argentina.

Sono in corso le pratiche per la ricostruzione dell'Ospedale Ramos Mejia di Buenos Aires, di cui è preventivata la spesa di 3 milioni e mezzo di pesos (al cambio attuale circa 25 mil. di lire).

Inoltre il Governo ha approvato i progetti per tre nuovi ospedali pubblici nelle province di Santiago del Estero, Frias e Anatuya, per l'importo di 400,000 pesos (3 milioni di lire) ciascuno; nonchè di due stazioni sanitarie pubbliche, a Ojo de Agua e Fernandez, per l'importo di 250,000 pesos (2 milioni di lire) ciascuna. In conformità al parere espresso dalla Commissione per gli Ospedali ed i Manicomi regionali, verrà anche eretto un ospedale per malarici, a Guemes, in provincia di Salta, capace di 162 letti, per l'importo di 8 milioni di pesos (60 milioni di lire). Un altro ospedale sorgerà a Pampa; costerà un milione e mezzo di pesos (oltre 2 milioni di lire); e i suoi padiglioni saranno adibiti in prevalenza a sanatori per tubercolotici.

Per una biblioteca medica all'Università Johns Hopkins.

La Fondazione Rockefeller ha elargito 750,000 dollari (13 milioni di lire it.) per dotare l'Università Johns Hopkins di Baltimora di una biblioteca; inoltre si è impegnata a versare 50,000 dollari l'anno, per l'acquisto di libri, per 5 anni, a condizione che l'Università assegni una somma doppia. La biblioteca sarà dedicata a William H. Welch, già decano della Facoltà medica ed ora professore di storia della medicina. L'edifizio, in stile italiano della rinascenza, sarà alto 3 piani e costerà 600,000 dollari. È preventivata una dotazione di 400,000 volumi, di cui 50,000 ottenuti raccogliendo le singole biblioteche degli istituti universitarî.

Istituto radiologico a St. Louis.

Un nuovo Istituto radiologico verrà eretto a St. Louis (Missouri), nell'ambito della « Washington University School of Medicine »; sarà destinato agli Ospedali Affiliati della città ed alla Scuola di Medicina. Alla costruzione concorrono, con la somma di un milione di dollari ciascuna (80 milioni di lire it.), la Fondazione Rockefeller e la famiglia di Edward Mallinkrodt di St. Louis.

Ospedale per le classi medie a New York.

Si è costituito un comitato per erigere a New York (quartiere Warwick) un Ospedale destinato a persone del medio ceto, cioè non abbastanza ricche per sostenere in pieno le spese di cura negli ospedali privati e, al tempo stesso, disdegnose di ricevere l'elemosina dell'assistenza gratuita. La tariffa sarà compresa fra dol. 17.50 e dol. 25 a settimana (lire it. 310-465 al cambio attuale). È stato lanciato un appello per raccogliere la somma di 500.000 dollari, destinati alla costruzione dell'Ospedale.

Si è spento, a 61 anni, durante un viaggio verso l'India Inglese, ERNEST H. STARLING.

Era nato a Bombay. Fu allievo apprezzato di Heidenhain (Breslavia) e di Ludwig (Lipsia). Ad appena 24 anni conseguì la cattedra di fisiologia dell'Università di Londra e la tenne fino a questi ultimi tempi.

Il suo nome è legato alla scoperta della secretina, che fu compiuta in collaborazione con Bayliss e che ne ha fatto un pioniere dell'endocrinologia. Ha eseguito interessanti ricerche sul dinamismo del cuore e dei vasi, sul ricambio, sul chimismo del sangue; ha dato impulso alle ricerche di fisica chimica e di elettrologia nel campo fisiologico. Durante la guerra studiò con competenza il vettovagliamento delle truppe e partecipò, come rappresentante britannico, al Comitato interalleato per gli approvvigionamenti.

Colpito da carcinoma del tenue, potè essere precocemente e felicemente operato; ma l'inefficienza del cuore, aggravatasi dopo alcune disgrazie familiari, lo aveva costretto a lasciare le sue occupazioni e ora lo ha condotto a morte.

A. P

È morto a Dorpat in età di 70 anni il professor KARL DEHIO, rettore di quella Università. Fu uno dei più valenti clinici medici della Germania, diagnosta sicuro, terapista avveduto, chiaro didatta. Studioso di valore, lascia pregevoli studi sulla meccanica del cuore, sulle gastropatie, sulla tubercolosi. Fu tra i primi a valorizzare la proteinoterapia parenterale, recando un contributo notevole alla conoscenza delle reazioni anafilattiche.

P. G.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. A. M. A., 12 feb. — J. W. WILLIAMS. Tossiemie della gravid. — R. D. HERROLD e H. CULVER. Trattam. della blenorragia acuta. — G. HULL e L. A. BLACK. La febbre ondulante come problema di sanità pubbl.

Arch. di Patol. e Cl. Med., gen. — N. SAMAJA. La xerostomia. — C. BARINETTI. Nutrizione degli obesi. — L. WINTERNITZ. Veloc. di sedim. dei glob. r. nella tbc. polm.

Amer. Journ. Med. Sc., feb. — G. L. HUNTER. Stenosi ureterale. — H. M. CONNER e H. C. BUMPUS. Ematuria essenziale. — H. J. JOHN. Rapporti tra obesità e metabolismo dei carboidrati. — E. GOLDSTEIN e J. HARRIS. Xanthoma diabeticorum. — K. E. APPEL e D. A. COOPER. Acidosi diabetica con reaz. cloruro-ferrica negat. nell'urina. — G. H. HOXIE e G. M. LISHERNESS. Ipoglicemia. — R. M. TANDOWSKY. Studi serologici sulle proteinurie. — R. D. LEAS. Miosite del m. retto addomin. — A. e M. WALZER. Studî sull'urticaria.

Lancet, 26 feb. — D. ARMOUR. Chirurgia del mid. spin. e delle sue membrane. — R. H. HODDON. Carbonchio trattato col siero Sclavo.

Arch. de Med., Cir., ecc., 26 feb. — H. G. MOGENA e J. J. CARBAJO. Il calcio nelle nefriti — A. ZORRILLA y PALANCO. Dilataz. acuta riflessa del cuore.

Lyon Méd., 20 feb. — Numero sulla medicina infantile.

Bull. Méd., 23-26 feb. — Numero di oto-rino-laringol.

Wien. Klin. Woch., 24 feb. — WITTEK. Chirurgia del ginocchio. — ELEK e OPPENHEIMER. Ricambio dei carboidrati negli epatici.

Deut. Med. Woch., 25 feb. — ROHDE. Infiammaz. e concentraz. idrogenionica. — FRIEDEMANN. Trattam. dell'influenza. — SIMON. Esami funzionali del pancreas.

Münch. Med. Woch., 25 feb. — GRAFE. Infezione e regolazione del ricambio da parte del sist. nerv. centr. — HERRMANN. Terapia di Allard della colelitiasi. — RAKUSIN. L'idrossido di magnesia come controvveleno del sublimato.

Mediz. Klinik, 25 feb. — H. H. SCHMIDT. Lombaggini e loro cura. — M. POPOFF. Stimolaz. cellulare in medicina.

Revue Neurol., feb. — M. LEMOS. Crampo degli scrivani durante sindrome parkinsoniana encefalitica protratta. — E. SCHULMANN e E. TERRIS. Forme evolutive del morbo di Recklinghausen.

Practitioner, mar. — H. GAUVAIN. Effetti del sole, del mare e dell'aria aperta sullo stato di salute e di malattia. — F. KIDD, E. ROVSING. Chirurgia del rene. — F. KEANE. Secondam. nel parto norm.

Edinb. Med. Journ., mar. — Numero sulla tbc.

Amer. Med., gen. — A. M. LIEBSTEIN. Effetti terapeutici di varî cibi.

Morgagni, 20 feb. — L. CRISPINO. Lesioni del cono e dell'epicono in clinica.

Giorn. Med. Mil., 1 mar. — CASSINIS. Tonogrammi del respiro durante l'allenamento.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

ANNO XXXIV Roma, 8 Agosto 1927 Fasc. 32

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MAGGIORE DI BOLOGNA.
SEZIONE MEDICA LANZERINI.
Prof. NINO SAMAJA, primario incaricato (1).

Un caso non comune di meningite acuta.

Dott. LUIGI JACCHIA, assistente incaricato.

O. Mafalda, di anni 20, sarta, entra in ospedale il 26 luglio 1926.

Anamnesi: Padre morto a 37 anni di gangrena simmetrica degli arti inferiori; la madre — vivente e sana — ha avuto 7 figli (tutti viventi e in buona salute): tre dal 1° marito, il padre della nostra malata, e gli altri quattro in un successivo matrimonio.

L'inferma sofferse a 4 anni di enterite, durata, — a quanto racconta — 4 o 5 mesi e, verso i 10-12 anni, di parotite. Il 31 maggio 1923 cadde di bicicletta in un fossato e fu ricoverata sino al 6 giugno in una sezione chirurgica, donde fu dimessa con diagnosi: « Contusione alla regione dorsale ». Per un po' di tempo risentì, se faceva movimenti bruschi del tronco, dolori a livello delle ultime vertebre dorsali: e li risente tuttora quando compie sforzi notevoli e nell'imminenza di brusche variazioni atmosferiche.

Le mestruazioni iniziarono a 11 anni e furono sempre regolari tanto per l'epoca di comparsa quanto per la durata e la quantità del flusso. I primi rapporti sessuali rimontano a 5 mesi fa con un uomo — a dire della paziente — sano. L'inferma è incinta di circa 5 mesi e ha avuto fin dai primi tempi i disturbi della gravidanza.

Il 24 luglio, verso sera, cominciò ad accusare dolori vivi all'arto inferiore sinistro, che si estesero nel giorno successivo alla gamba destra e poscia agli arti superiori. Verso mezzogiorno del 25 ebbe un improvviso accesso febbrile (39°), con cefalea intensa, conati di vomito, epistassi. Date le condizioni povere della sua famiglia, si fece trasportare in ospedale ove fu subito ricoverata.

Esame obbiettivo, praticato nel giorno d'ingresso in sezione:

Soggetto di costituzione scheletrica regolare, ove si eccettui un lievissimo grado di scoliosi

(1) Nel periodo feriale.

dorso-lombare destra. Stato di nutrizione discreto. Colorito pallido della cute e delle mucose visibili. Non si palpano grosse ghiandole nelle sedi abituali. Non edemi. Erpete al labbro inferiore.

A. R. — Nulla di notevole, all'infuori di una lieve ipofonesi a livello della sopra-spinata di sinistra, ove pure si ascolta un respiro a tipo bronchiale.

A. C. — Polso radiale: 100 regolari; polso valido, pieno. Urto della punta al IV spazio intercostale sinistro, sull'emiclaveare; cuore in limiti normali. Alla ascoltazione, si rileva alla punta un 1° tono alquanto forte, seguito da breve, dolce rumoretto sistolico. Null'altro di notevole al cuore.

Press. Art. Om. Destra. — (Pachon) Mx. 115-120; Mn. 55-60.

Addome. — Lievemente e diffusamente dolente. Utero palpabile a livello della cicatrice ombelicale; fegato e milza in limiti normali, non palpabili sotto le arcate costali.

S. N. — Psiche integra. Il volto dell'I. è atteggiato a dolore: essa tiene quasi costantemente gli occhi chiusi e la fronte corrugata. Accusa cefalea parietale e occipitale continua e così intensa da farla lamentare e talvolta piangere. Fotofobia. Rigidità e ipersensibilità nucale intense e irradiantisi verso la colonna vertebrale, nella sua metà superiore. La pressione sulle apofisi spinose delle ultime tre vertebre dorsali provoca modico dolore. Motilità volontaria normale. La palpazione profonda dei muscoli del polpaccio provoca discreto dolore. Accenno al Kernig. Segno del Signorelli, presente.

Pupille tonde, uguali, reagenti alla luce, alla convergenza, alla accomodazione. Riflessi palpebrali assenti; r. congiuntivali e corneali presenti. Lieve scosse di nistagmo orizzontale in O. O.

Nessun segno di deficienza a carico dei nervi cranici. Riflesso faringeo: presente, vivace.

Riflessi degli arti sup.: tutti normali, salvo il tricipitale e il bicipitale che appaiono un po' più deboli a sinistra.

Riflessi degli arti inf.: tutti normali.

Riflessi addominali presenti.

Senso muscolare, senso di posizione e senso stereognostico conservati.

Normale la sensibilità su tutta la superficie del corpo, ove il toccamento superficiale, la puntura di spillo, il caldo e il freddo vengono bene apprezzati e giustamente localizzati.

Dermografismo bianco, cangiante rapidamente in rosso e come tale persistente.

Nei primi due giorni di degenza, l'I. ha febbre continua, modica, con minimo a 37°,1 e massimo di 38°,8.

L'urina, all'ingresso, non presenta che tracce lievi di albumina (P. S. 1013) e numerosissimi leucociti in disfacimento nel sedimento.

Il 26 luglio (1° giorno di degenza) si pratica la puntura lombare e si preleva sangue per la reazione di Wassermann. Alla puntura lombare, si estrae un liquido torbido, opalescente, fuoriuscente con ampio zampillo, sotto pressione notevolmente alta. Se ne raccolgono oltre due provette colme. Il liquido lasciato a sè sedimenta spontaneamente in meno di un'ora. Non si ha formazione di reticolo. All'esame chimico: Albumina 2 ‰; Nonne-Appelt, 1ª fase: reaz. positiva; sangue: reaz. debolissima; Cu S O 4; debolissima riduzione. All'esame citologico: tappeti fittissimi di globuli bianchi, in grande prevalenza polinucleati; non si vedono diplococchi nè bacilli di Koch.

Reazione di Wassermann sul « Liquor » attivo (Metodo originale): Estratto A. (organi di feto luetico) + + + Estratto B. (cuore di bue colesterinato) —; Estratto C. (cuore di cavia colesterinato) —; (Laboratorio d'Analisi - Osp. Magg.) R. W. sul siero di sangue: negativa con tutti gli estratti. Dopo la puntura lombare, la cefalea accenna a diminuire; la temperatura, come si è già detto, arriva a un maximum di 38°,8.

Il terzo giorno la temperatura non sale oltre 37°,8; l'I. appare più sollevata; la cefalea e la fotofobia sono decisamente diminuite; persistono sempre — ma in grado meno notevole — la rigidità nucale e l'accenno al Kernig.

Esame del fondo dell'occhio (specialista: dott. Churgin): « In O. O.: All'esame oftalmoscopico la pupilla reagisce allo stimolo fotometrico. Mezzi di rifrazione normali. La papilla si trova sul piano della retina, a contorni netti. Arterie normali. Le vene sono turgide, tortuose come si osserva negli ostacoli di circolo. Non si notano emorragie retiniche nè tubercoli della coroide ».

La mattina del 4° giorno l'I. si presenta apiretica e in condizioni molto migliorate: la cefalea è scomparsa totalmente e molto diminuita è la rigidità nucale.

Ma, nelle prime ore del pomeriggio, l'I. è colta nuovamente da cefalea violentissima e da fotofobia; accusa pure dolore sordo e vago (non intenso) agli orecchi, con qualche ronzio. Segno di Kernig più evidente dei giorni precedenti. Le apofosi mastoidi sono dolenti alla pressione. Insorge nuovamente la febbre che alle 24 raggiunge 39°,5 (P. R. 112; Resp. 36) per ridiscendere a 37°,7 alla mattina del 30 luglio (quinto giorno). Si rinnova la puntura lombare, raccogliendo un liquido biancastro, torbido, opalescente, fuoriuscente dapprima a zampillo, e poi a gocce ravvicinate. Tale « liquor » viene seminato su varii terreni di cultura: (1) agar semplice; 2) agar e sangue; 3) brodo semplice; 4) brodo glucosato; 5) gelatina) e se ne iniettano 5 c. c. nel peritoneo di una cavia.

Due ore dopo la puntura lombare, la cefalea è di nuovo notevolmente diminuita, l'I. si sente meglio e nel pomeriggio è nuovamente e definitivamente apiretica.

L'esame chimico del « Liquor » estratto con la seconda puntura lombare dimostra: Albumina 1,5 ‰; Nonne-Appelt, 1ª fase: positiva; Sangue: lieve reazione positiva; Cu S O 4: lievissima riduzione. All'esame citologico: tappeti fittissimi di globuli bianchi, quasi tutti polinucleati; non rare cellule endoteliali. Non si vedono diplococchi nè bacilli di Koch.

La reazione di Wassermann col metodo originale nel « Liquor » attivo dà il medesimo risultato della prima volta. Estratto A: + + +; Estratto B: —; Estratto C: — (Laboratorio Osp. Maggiore).

La mattina del 6° giorno, si inizia una cura mercuriale, con una serie di XII frizioni. Nel giro di tre giorni, la cefalea e la fotofobia cedono progressivamente sino a scomparire; così pure la rigidità nucale diminuisce sempre più, mentre permane un accenno al Kernig.

Il 3 agosto l'I. si sente perfettamente bene; anche l'accenno al Kernig è scomparso e la ri-

gidità nucale permane solo — in lieve grado — nei movimenti di flessione del capo in avanti. Persistono sempre le lievi scosse di nistagmo orizzontale in O. O. La flessione del tronco si compie normalmente. La pressione sull'ultimo tratto del segmento dorsale della colonna vertebrale, e particolarmente sull'apofisi spinosa della XII vertebra dorsale, fa sempre risentire un certo grado di dolentia.

Le visite eseguite nei giorni immediatamente successivi confermano il deciso miglioramento, tanto che il giorno 5 agosto (un nuovo esame clinico obbiettivo eseguito con cura non riuscendo a rilevare più alcun segno patologico e le condizioni soggettive dell'inferma apparendo ottime) ci è consentito di considerare la paziente in convalescenza. Essa infatti dopo pochi giorni riprenderà ad alzarsi e il 14 agosto verrà dimessa dall'ospedale perfettamente guarita.

* * *

Noi dovevamo però, nell'interesse stesso della ammalata, stabilire — se possibile — una precisa diagnosi sulla natura della meningite da essa sofferta. A questo scopo — sempre dietro consiglio e sotto la guida del primario — proseguimmo nelle indagini diagnostiche, come risulta da quanto ancora esponiamo.

Un secondo esame oftalmoscopico praticato il 5 agosto dallo stesso specialista dott. Churgin confermò il reperto della volta precedente, in confronto della quale non rilevò se non una diminuzione in calibro delle vene.

La radioscopia del torace riuscì negativa, come negativo era stato il reperto ascoltatorio negli ultimi esami clinici obbiettivi.

Invece l'indagine radiografica della colonna vertebrale — eseguita nel gabinetto dell'Ospedale Maggiore — mise in evidenza una lesione della XII vertebra dorsale. « Il corpo della XII dorsale si presenta di opacità normale, senza alcuna zona di rarefazione, con la faccia inferiore di aspetto normale, mentre la faccia superiore appare irregolare, frastagliata, e con un aspetto a bietta come conseguenza di perdita di sostanza o di schiacciamento, che abbia interessato in modo speciale la metà superiore e specialmente anteriore del corpo vertebrale. Lo spazio vertebrale è alquanto assottigliato e irregolare. Non si osservano processi osteofitici. Nessun segno di raccolta. Lo speciale aspetto della XII vertebra fa ritenere che possa essere messo in relazione all'antico trauma alla regione dorsale che figura nell'anamnesi della paziente ».

L'esame morfologico del sangue (prelevato nelle ore pomeridiane) non presentò nulla di particolarmente notevole: globuli rossi 4.800.000; emoglobina 60: valore globulare 0.62; normali la grandezza, la forma e la colorazione dei globuli rossi.

Globuli bianchi: 17.600 (linfociti 17 %; grandi mononucleati 9 %; forme di passaggio 4,5 %; polinucleati neutrofili 69 %; polinucleati eosinofili 0,5 %).

La reazione di Wassermann sul sangue prelevato dalla madre dell'inferma riuscì negativa (Laboratorio O. M.); e così pure una seconda R. W. sul sangue della paziente.

Una nuova puntura lombare praticata il giorno 10 agosto — dopo la X frizione mercuriale — diede il seguente reperto: liquido chiaro, limpido, fuoriuscente dapprima a zampillo e poi a gocce ravvicinate. All'esame chimico: Albumina: fra 0,33 e 0,50 ‰; Nonne-Appelt, 1ª fase: debolmente positiva; Sangue: assente; Cu S O 4: discreta riduzione. All'esame citologico: rare cellule endoteliali ed elementi della serie bianca (linfociti e polinucleati, con prevalenza di questi ultimi) in media 12 per campo microscopico (Koristka = obb. imm. 1/12 = Ocul. 3).

La 3ª R. W. nel « Liquor » attivo col metodo originale (Laboratorio O. M.) diede il seguente reperto: Estratto A: risultato dubbio; Estratto B: —; Estratto C: —.

Dopo 14 giorni di osservazione, i varii terreni di cultura di liquido spinale estratto con la 2ª puntura lombare permanevano assolutamente sterili.

Un 3º esame oftalmoscopico praticato in data 18 agosto sempre dallo stesso specialista dott. Churgin diede il seguente reperto in O. O.: « La papilla si trova sul piano della retina, a contorni netti, di colore normale. Le vene sono più larghe del normale e tortuose; le arterie sono normali. Null'altro a carico della retina e della coroide ».

Un esame degli orecchi praticato dallo specialista dott. G. B. Facchini diede il seguente reperto:

« *Orecchio medio ed interno* (coclea): Esame obbiettivo e funzionale normale.

Orecchio interno (vestibolo): Nistagmo spontaneo assente.

Sedia girevole (10 giri, 20''): eccitabilità normale tanto per i canali semicircolari che per i verticali.

Otocalorimetro (acqua 27º): Eccitabilità normale per i canali orizzontali e verticali ».

Il giorno 10 settembre — dopo 40 giorni dall'inoculazione in peritoneo di 5 c. c. di liquido spinale — si procedette all'autopsia della cavia, la quale appariva in perfetta salute e nulla aveva mai presentato di abnorme nei trascorsi 40 giorni. Apertane la cavità peritoneale, nulla si notò a carico della sierosa e dei varii organi ivi contenuti, i quali tutti avevano aspetto normale sia nei riguardi della superficie che al taglio. L'utero era gravido e conteneva un unico feto vivo. Negativi pure gli esami delle cavità toracica e cranica. Si allestirono numerosi preparati di polpa splenica, di succo epatico, di sostanza cerebrale, di sangue placentare e di succo epatico fetale. All'esame microscopico di tali preparati (colorazioni con May Grünwald - Giemsa, Tribondeau - Fontana, Ziehl - Neelsen) nulla si osservò di notevole e anormale. Così pure la ricerca di spirocheti riuscì del tutto negativa.

Una terza reazione di Wassermann nel sangue della paziente, eseguita quando essa era già uscita dall'ospedale e a distanza di 40 giorni dall'ultima (XII) frizione mercuriale risultò ancora negativa e così pure negative riuscirono la reazione di Meinicke D. M. e la reazione di Meinicke T. R.

Infine un ultimo esame oftalmoscopico eseguito — in assenza del Dr. Churgin — da un altro specialista, il prof. Xilo, diede un reperto pressochè normale: « O. D.; mezzi diottrici trasparenti. Papilla del N. O. rosea, a margini netti.

Vasi normali, sia per calibro che per decorso. Normali la retina e la coroide. O. S.: mezzi diottrici trasparenti. Papilla del N. O. rosea, a margini netti. Vasi retinici rettilinei, di calibro normale. Lungo la vena temporale superiore (immagine rovesciata) a distanza di 3 diametri papillari dal margine della papilla, si nota sotto il vaso una piccola chiazza di decolorazione della coroide. Nessun altro focolaio infiammatorio nè di pregressa infiammazione si trova nelle membrane profonde dell'occhio ».

* * *

I reperti dell'esame obbiettivo e delle ricerche diagnostiche compiute, se permettono di escludere molte delle cause possibili di una meningite acuta, non forniscono però elementi sufficenti per una diagnosi di sicurezza.

Il risultato negativo delle varie culture e dell'inoculazione nella cavia elimina sicuramente tanto le ipotesi di meningite infettiva (cerebrospinale, da influenza, pneumococcica, gonococcica, tifosa, paratifosa, melitense ecc.) e di meningite da sepsi — quanto una possibile rarissima forma di meningite tubercolare, temporaneamente guarita.

E neppure si può trattare (essendo a questo riguardo negativi i dati anamnestici) di una reazione meningea da insolazione, simile al caso illustrato da Lisbonne, Leenhardt et M.lle Sentis, i quali in un giovane, in seguito a un colpo di sole, osservarono una intensa reazione meningea puriforme asettica. Bisogna per esclusione pensare alla meningite sifilitica; però tale diagnosi si fa abitualmente su un complesso di sintomi obbiettivi, di notizie anamnestiche e di ricerche di laboratorio, nessuno dei quali dati è sufficiente, singolarmente e di per sè stesso, a stabilire una sicura diagnosi.

Nel nostro caso speciale, alcuni dati dell'anamnesi e delle ricerche diagnostiche e così pure il decorso della meningite stessa, parlerebbero in favore della meningite sifilitica. Il padre della paziente è morto a 37 anni, dopo una degenza di 22 giorni in un ospedale di Bologna (dall'8 al 29 febbraio 1910) per « trombosi delle femorali con gangrena bilaterale degli arti inferiori ». La cartella clinica, muta nell'anamnesi e nell'esame obbiettivo, segnala incidentalmente un esame negativo delle urine, temperature sub-febbrili con un massimo di 37°,8, un polso aritmico con 80 battiti al m. (15 febbraio), un delirio continuo nella notte fra il 15 e il 16, una terapia di strofanto e digitale. Con ogni probabilità la gangrena *simmetrica* degli arti inferiori era in rapporto con un embolo da pregressa lesione valvolare, ma non si può escludere peraltro — di fronte alla giovane età del paziente e al decorso della malattia finale — una possibile, per quanto rara, endo-arterite luetica alla biforcazione delle arterie iliache.

Ritornando a quanto riguarda più direttamente la nostra malata rileviamo inoltre che il reperto chimico del « liquor » non esclude la natura sifilitica della meningite; e non è neanche sufficiente la polinucleosi nel sedimento per eliminare tale ipotesi. La linfocitosi è la regola nelle meningiti sifilitiche; ma la prevalenza di polinucleati è una eccezione abbastanza frequente.

Samaja (1921) ha già segnalato i casi di Tescola (ad inizio e a decorso acutissimo), di Mosny e Portocalis, di Sicard e Roussy (2ª puntura); successivamente abbiamo rintracciato nella letteratura i casi di Verger e Massias (polinucleosi pura), Roudinesco e Odier (polinucleati, di cui alcuni con nuclei alterati), di Lechelle, Weill e Delthil (1° caso: liquor puriforme con 1/3 di polinucleati e 2/3 di mononucleati e linfociti; 2° caso: liquor puriforme con polinucleati e linfociti misti). Inoltre nel caso illustrato da Kinnier Wilson e Gray il sedimento mostrò prima una linfocitosi, poscia una polinucleosi e infine di nuovo una linfocitosi.

Nel nostro caso, una Wassermann sicuramente positiva nel « liquor » o nel siero avrebbe permesso di fronte al decorso benigno della meningite e all'efficacia della cura mercuriale una diagnosi sicura. Ma, la Wassermann può essere negativa, in caso di sicura meningite sifilitica, non solo nel siero di sangue ma anche nel « liquor » (un caso di Jeanselme, il caso di Audry e Lavan, il 1° malato di Samaja, il 1° malato di Boissière Lacroix, e all'inizio nel caso di Kinnier Wilson e Gray e in quello di Roudinesco e Odier).

D'altra parte la Wassermann può essere positiva nel « liquor » di soggetti sifilitici nel corso di una meningite tubercolare (casi di Stoëber, 2° caso di Samaja, 2 casi di Jahnel).

Inoltre, la Wassermann fu constatata positiva nel « liquor » di soggetti non sifilitici, malati sia di meningite tubercolare o meningococcica, pneumococcica, purulenta otogena (Kraemer, Plaut) sia di tumori cerebrali ecc.

Chi voglia studiare tale argomento può consultare con profitto un interessante lavoro di Piero Fornara.

Nel caso speciale, la reazione di Wassermann fu tre volte negativa nel siero di sangue della paziente, una volta in quello della madre (nella possibile ipotesi di una eredo-lue). Meno sicuri furono i risultati della Wassermann nel « liquor »: si ottenne una reazione due volte nettamente positiva col solo estratto A (estratto alcoolico di organo luetico), nettamente negativa con gli altri

due estratti (cuore di cavia colesterinato e cuore di bue colesterinato).

Non si attribuisce generalmente un valore sicuro alla reazione positiva col solo estratto di organi di feto luetico; nel caso speciale però la reazione positiva con tale estratto divenne incerta, quando fu prelevato il « liquor » nella malata convalescente dopo 12 frizioni mercuriali. Ma peraltro fu troppo tenue la cura mercuriale e troppo rapida la guarigione — mentre per di più si sa come sia indicata la cura mercuriale nella maggior parte delle meningiti — per potere, nel caso nostro, appoggiarsi per la diagnosi di natura al criterio « ex juvantibus ».

Rimane dunque molto dubbia la natura della meningite sofferta dalla nostra malata; e pare ancor meno probabile che essa fosse sifilitica se si considera inoltre che la paziente — dopo una gravidanza regolarissima — ha partorito il 17 novembre 1926 un feto vivo e vitale, prematuro di circa 2-3 settimane, senza segni evidenti di sifilide e che la placenta fu dal prof. Pirani, primario della Maternità, giudicata sana.

A questo punto, non riteniamo del tutto superfluo riassumere, a titolo di documentazione, un caso clinico di Roudinesco e M.lle Odier, che presenta alcune analogie col nostro.

Questi AA. in una comunicazione alla *Société de Pédiatrie* di Parigi, nel 1925 presentarono un ragazzo di otto anni, il quale — mentre era in loro osservazione per il suo stato generale cattivo e decaduto — era stato colto bruscamente da violenta cefalea, febbre, vomito e stitichezza, seguiti il giorno seguente da rigidità nucale, segno di Kernig e strie meningitiche. La cutireazione tubercolinica, eseguita 3 volte, era stata negativa. Il liquido cerebro-spinale raccolto alla prima puntura lombare era stato purulento, con grande prevalenza di polinucleati (alcuni dei quali con nucleo alterato), con rari linfociti e assenza di germi all'esame diretto. La semina di tale « liquor » in varii terreni di cultura era riuscita negativa. Reazione di Wassermann negativa sia nel « liquor » che nel sangue; reazione di Hecht leggermente positiva nel sangue. Negativo l'esame dell'orecchio; normale il fondo oculare. Anche l'inoculazione del « liquor » nella cavia aveva dato risultato negativo, Gli AA. avevano lo stesso sottoposto l'I. a una terapia specifica, con iniezioni di cianuro di mercurio. E infatti, dopo la terza iniezione, il « liquor » era divenuto più chiaro, i polinucleati più rari e più alterati, i linfociti sempre più numerosi. Fatto importante: la R. di Wassermann era divenuta in seguito leggermente positiva nel « liquor ». Dopo la 10ª iniezione tutti i sintomi meningei erano progressivamente scomparsi e il liquido cerebro-spinale era ridivenuto normale e, un mese dopo la guarigione di tale meningite acuta, esso non presentava più che alcuni rari linfociti nel sedimento.

Nonostante le reazioni di Hecht e di Wassermann leggermente positive, questo caso di Roudinesco e Odier ci sembra che rimanga molto oscuro per la natura della meningite e che susciti gli stessi dubbî che — nel caso nostro — non abbiamo saputo eliminare.

E non solo per questi dubbî di un certo interesse scientifico, ma puranco per considerazioni eminentemente pratiche ci siamo decisi a pubblicare il nostro caso clinico di non facile interpretazione, in quanto riteniamo che la dettagliata eposizione di esso possa essere utile ai Colleghi agli effetti della prognosi di certe meningiti acute, nelle quali non sarà male tener conto anche di simili, per quanto rare, eventualità.

Novembre, 1926.

BIBLIOGRAFIA.

Sino al 1921, v. SAMAJA: *Meningite sifilitica acuta in adulti tubercolosi.* Rassegna di studii psichiatrici. Siena, 1921, fasc. 3-4, pag. 121-151.

BOISSIÈRE e LACROIX: *Deux cas de méningite aiguë syphilitique chez l'enfant.* Soc. de méd. et de chirurgie de Bordeaux, 1 déc. 1922; in Presse Médicale, 1923, pag. 42.

FORNARA PIERO. *La reazione di Wasserman nel liquido cefalo rachidiano.* Il Policlinico, Sezione pratica, 1923, pag. 793-798, e pag. 830-836.

KINNIER WILSON et CHARLES F. GRAY: *Méningite syphilitique aiguë.* Br. m. Journal, n. 2961; 29 Sept. 1917, pag. 419. In Presse Médicale, 1918, pag. 315-316, e pag. 476.

KRAMER C. *Ueber positiven Wassermann im Liquor bei nicht luetischer Meningitis.* Munch. Mediz. Woch., 8 oct. 1918, pag. 1131.

LECHELLE P., WEJLL J. et DELTHIL P. *Deux cas de méningite syphilitique sécondaire puriforme.* B. et M. S. M. Hôp. Paris, 1926, pag. 1160-1168.

LISBONNE, LEENHARDT et M.lle SENTIS. *Méningite puriforme aseptique.* Soc. des Sciences méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen, 17 novembre 1922, in Presse Médicale, 1923, pag. 12.

MILANI GUIDO. *Meningite acuta luetica nell'inizio del periodo secondario.* Riforma Medica, 1925, pag. 701-705.

PLAUT. *Ueber positiven Wassermann im Liquor bei nicht luetischer meningitis.* Münch. Mediz. Woch. 5-XI-1918, pag. 1247.

ROUDINESCO et M.lle ODIER. *Méningite aiguë à polynucléaires, amicrobienne, au cours d'une méningite occulte; guérison par le traitement mercuriel.* Société de Pédiatrie, Paris, 16 Juin 1925; in Presse Médicale, 1925, pag. 893.

VERGER et MASSIAS. *Réaction méningée aseptique à polynucléose due à la siphilis.* Soc. An. Clinique de Bordeaux, 3 déc. 1923; in Presse Médicale, 1924, pag. 98-99.

NOTE E CONTRIBUTI.

L'indagine radiologica incompleta, mai utile per l'accertamento clinico, può essere causa di errore diagnostico.

Dott. ERMANNO PAZZI - ROMA.

Scrivo anche questa volta nel *Policlinico*, e non in un giornale della specialità, perchè la dimostrazione della mia tesi può interessare il medico pratico, non il radiologo, alla esperienza del quale non porta alcun contributo di novità.

L'argomento è troppo vasto ed importante per essere trattato esaurientemente in una breve nota, e scarsa è l'utilità di enumerare semplicemente, senza le opportune documentazioni, i vari casi nei quali un esame radiologico incompleto può indurre in errore.

Ritengo tuttavia che anche un solo esempio, purchè dimostrativo, possa essere sufficiente a provare la verità della tesi enunciata, e scelgo l'esempio in uno dei campi nei quali maggiore è la possibilità di errare.

La diagnosi radiologica differenziale delle ombre di calcificazioni nell'addome, in rapporto specialmente all'apparato urinario, è fra le meno facili perchè richiede speciali accorgimenti ed intima cooperazione fra il radiologo e l'urologo.

L'illustrazione di un caso di calcificazioni addominali, non bene interpretato in un primo tempo per incompleta indagine radiologica, costituisce appunto il mio esempio dimostrativo.

A. F., di anni 60 (Clinica Pirondini, gennaio 1927), donna di casa, coniugata, con prole sana; anamnesi familiare: tubercolosi nei collaterali; anamnesi personale remota: nulla di importante; anamnesi personale prossima: da qualche anno dolori al dorso, all'addome, alle regioni renali e, da qualche mese, dolori più forti alla regione renale sinistra ed ematurie intermittenti.

All'esame obiettivo soggetto di costituzione artritica, con rallentato ricambio materiale e notevole tendenza alla obesità: non affezioni dell'apparato respiratorio, non lesioni del cuore e dei grossi vasi, lieve grado di arteriosclerosi in rapporto all'età; non alterazioni evidenti degli organi addominali, ma l'esame dell'addome per le speciali condizioni di adiposità delle pareti e per la forte difesa muscolare, anche alla palpazione superficiale, non dava, clinicamente, un risultato attendibile. Analisi delle urine: peso specifico 1022 a 15°; albumina gr. 0,20 ‰; numerose emazie nel sedimento centrifugato.

Il collega che aveva accompagnato l'inferma in Clinica presentò due radiogrammi, eseguiti alla sua cliente, in base ai quali era stata fatta diagnosi di calcolosi renale bilaterale. Il collega tuttavia, in assenza di una vera sintomatologia di calcolosi renale, in ispecie per l'assoluta mancanza di coliche, non era affatto convinto dell'esattezza di tale diagnosi e perciò, spinto anche da un illustre consulente, si era rivolto alla Clinica per un completo accertamento urologico. In realtà le radiografie presentate, tecnicamente bene eseguite, non erano di facile interpretazione. Si rilevavano due ombre di calcificazioni: l'una a sinistra, della forma e grandezza di una nocciuola, a livello della metà superiore del corpo della 4ª vertebra lombare, sulla paravertebrale; l'altra, più piccola, della forma e grandezza di un fagiuolo, a destra, a livello dello spazio intervertebrale tra la 3ª e la 4ª vertebra lombare un po' più vicina dell'altra alla colonna vertebrale. Le ombre di calcificazioni non sembravano riferibili a calcoli renali a meno che non si fosse trattato di reni ectopici, fortemente ptosici: le ombre sembravano piuttosto potersi identificare con quelle di calcoli ureterali nel tratto addominale degli ureteri.

Mentre l'urologo iniziava gli accertamenti urologici, cistoscopia ed esame della funzionalità renale, io cominciai l'esame radiologico.

Tentai la radioscopia per vedere nelle varie incidenze e proiezioni la posizione e sopratutto la possibile spostabilità delle calcificazioni, ma le dimensioni e lo spessore dell'addome della paziente non mi permisero alcuna esplorazione concludente. Ripetei le radiografie semplici delle regioni renali ed ureterali ed ottenni radiogrammi simili a quelli già posseduti dall'inferma, ma per la migliore visibilità delle ombre renali, che erano in posizione normale, si potè stabilire che effettivamente le calcificazioni erano extrarenali ed, apparentemente, nel decorso degli ureteri.

Gli esami urologici intanto non davano reperto di calcolosi renale e tanto a destra quanto a sinistra la funzionalità renale era normale.

Il problema attendeva la risoluzione della indagine radiologica e si praticò la ureterografia bilaterale per accertare la posizione delle calcificazioni in rapporto agli ureteri. La ureterografia di sinistra dimostrò subito che la calcificazione non era sul decorso ureterale, ma all'interno dell'uretere (vedi fig. 1). La ureterografia di destra altresì dimostrò che la calcificazione anche da quel lato era extraureterale, ma dubitandosi, per la sua vicinanza al catetere, la possibilità di un diverticolo ureterale, si eseguì anche la pielografia (immissione di bromuro di sodio al 20 %), ma anche questo esame confermò che l'ombra di calcificazione era assolutamente extraureterale e non fece rilevare alterazioni della pelvi renale destra (vedi fig. 2).

L'indagine poteva ritenersi compiuta e si poteva concludere che le calcificazioni nell'addome dell'inferma, riferibili possibilmente a gangli calcificati, non erano in rapporto coll'apparato urinario, tanto più che nei differenti radiogrammi le calcificazioni stesse sembrava avessero subìto anche lievi spostamenti di posizione: nella figura 1ª infatti l'ombra della calcificazione di destra è più alta di quello che non appaia nella figura 2ª. Tuttavia volli completare l'esame radiologico ed eseguii le radiografie, sempre con la permanenza dei cateteri opachi negli ureteri, nelle proiezioni laterali, destra e sinistra: ottenni così i due radiogrammi (vedi fig. 3 e fig. 4) nei quali si osservano facilmente le ombre delle cal-

cificazioni a notevole distanza dagli ureteri ed in un piano assolutamente diverso da quello degli ureteri stessi.

I radiogrammi sono abbastanza dimostrativi per risparmiarmi altre parole di chiarimento.

L'urologo, accertato che l'ematuria intermittente proveniva dal lato sinistro, che la funzionalità del rene era normale, esclusa, per gli ulteriori esami, una forma di tubercolosi, ammise la possibilità della diagnosi di tumore renale sinistro.

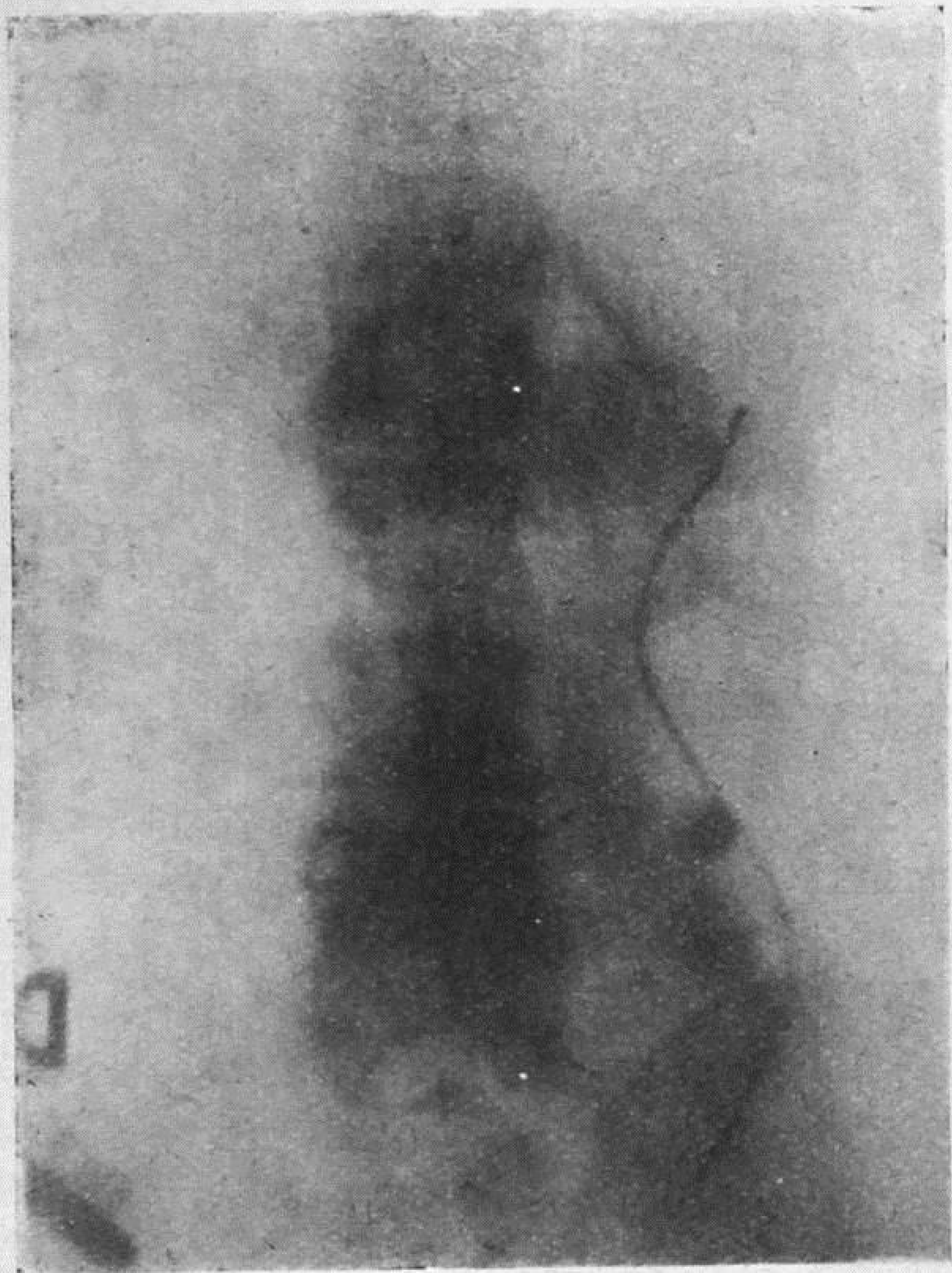


Fig. 1.

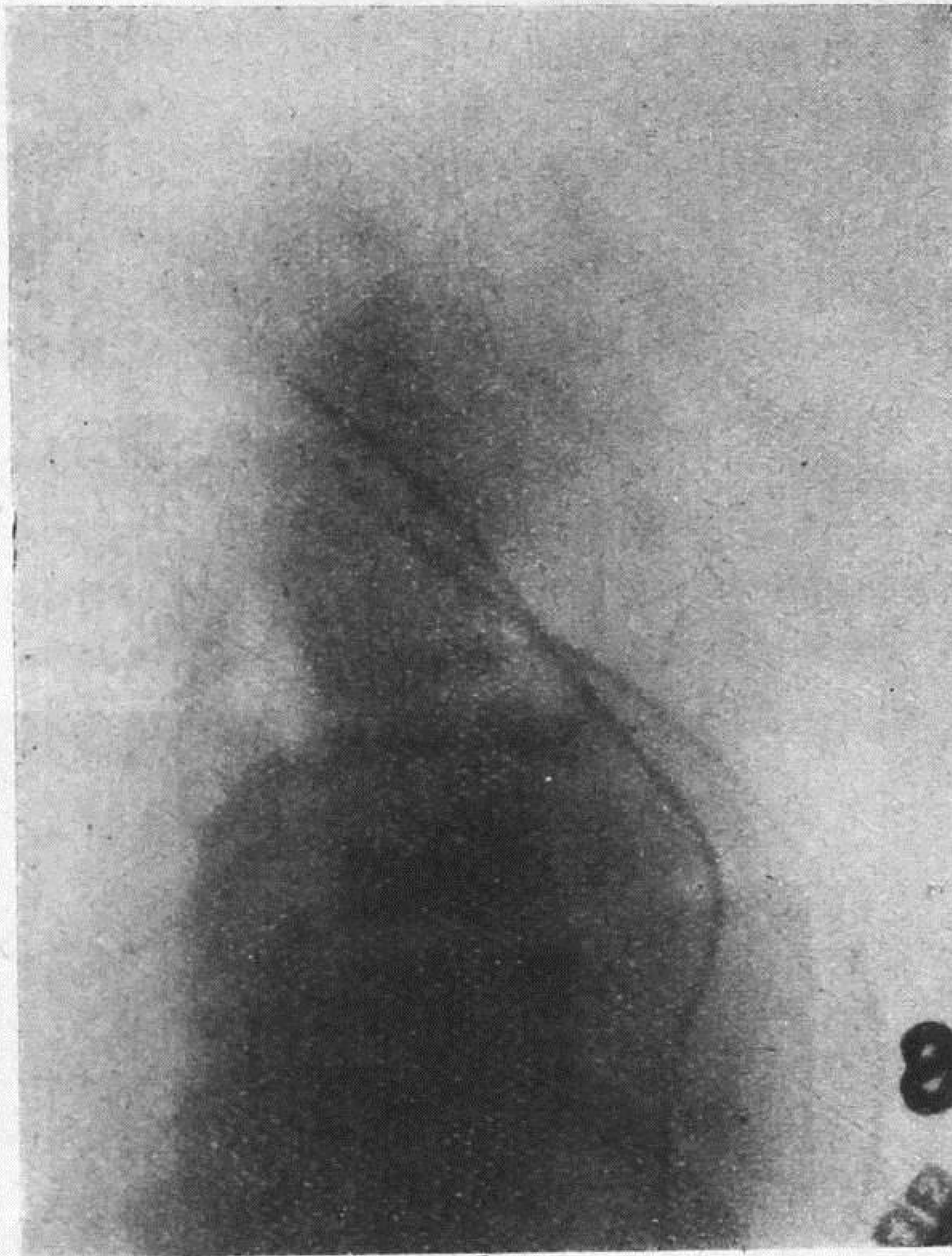


Fig. 3.

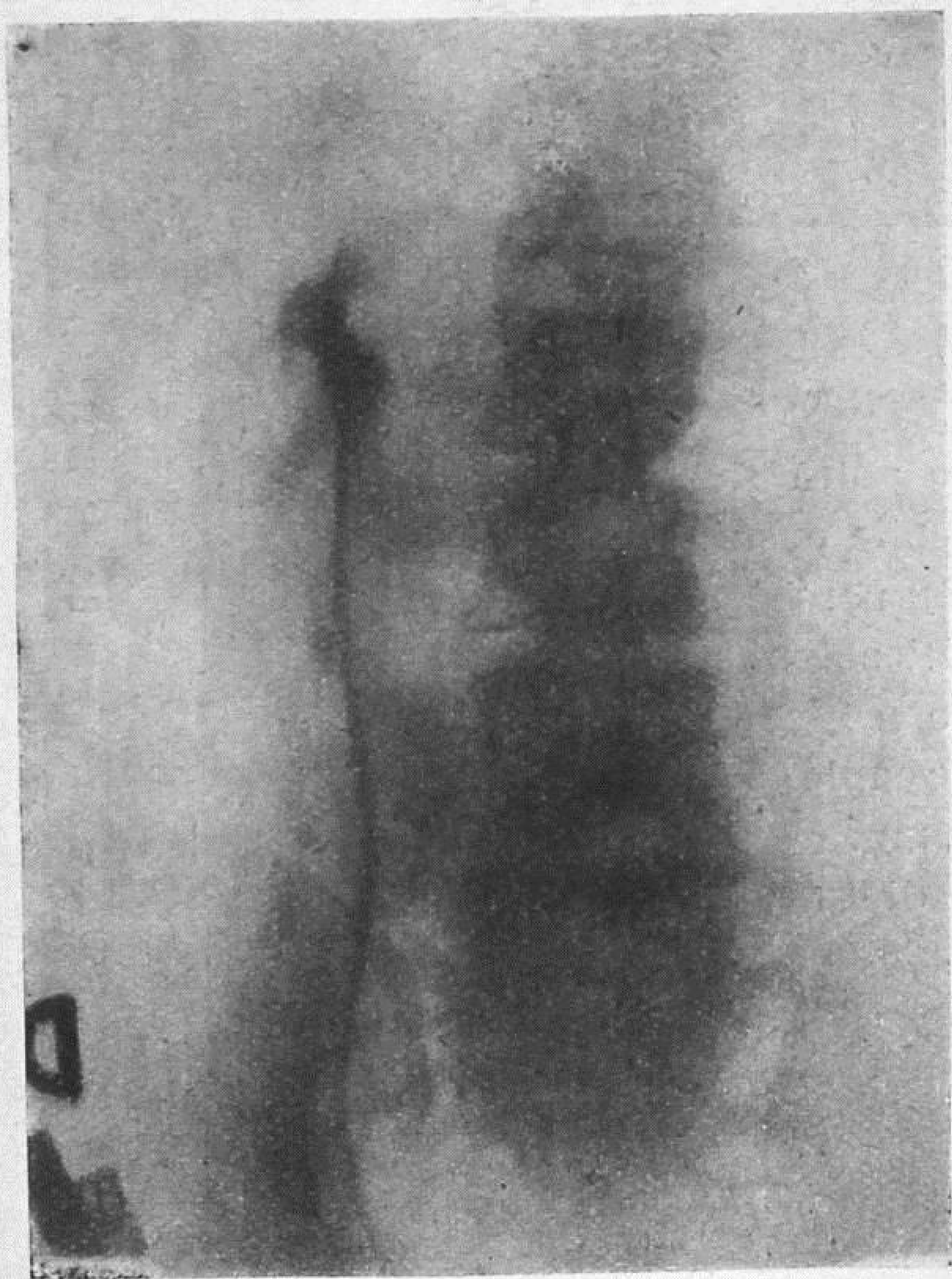


Fig. 2.

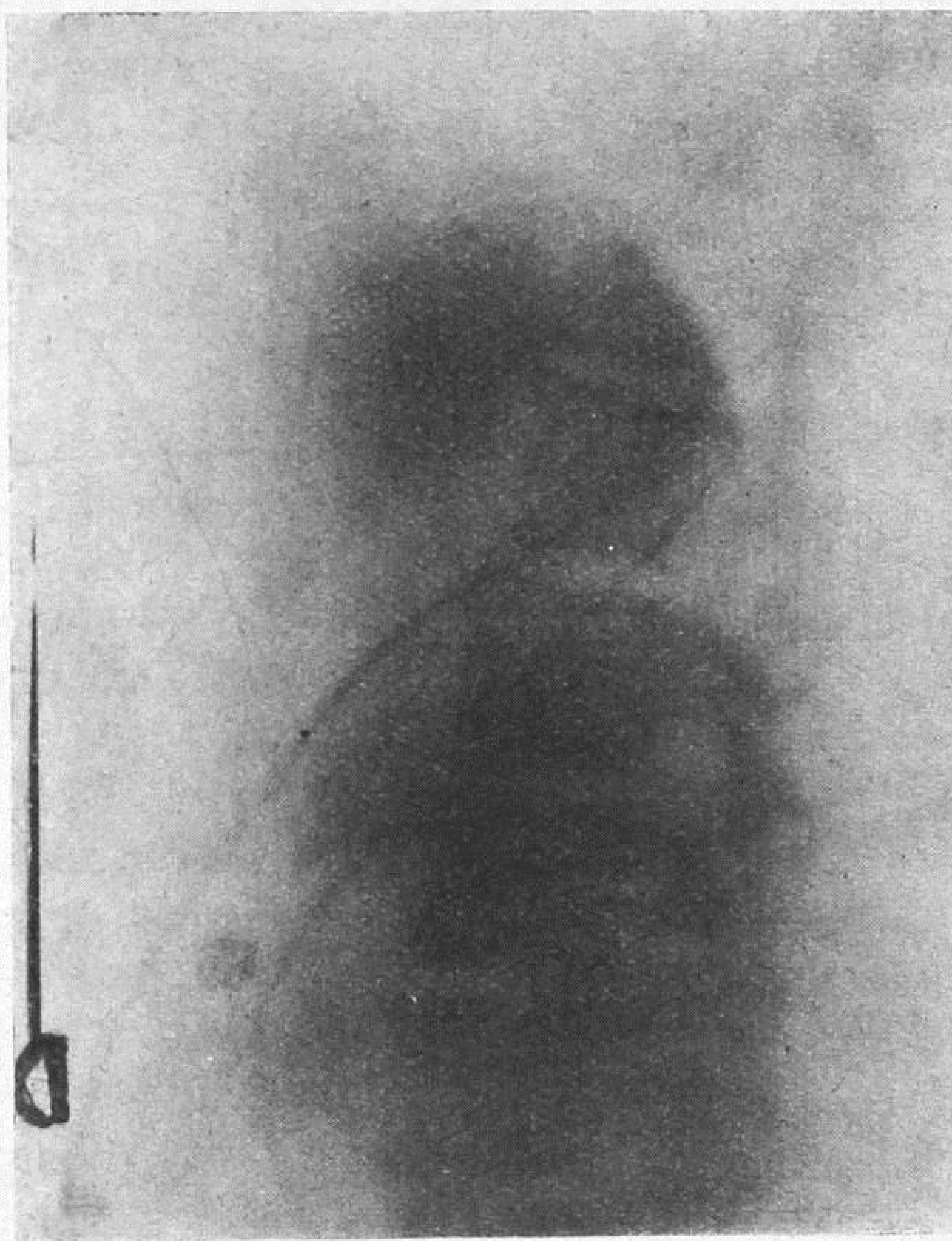


Fig. 4.

Si concluse pertanto che le ombre di calcificazioni addominali non avevano rapporto alcuno con l'apparato urinario e l'indagine radiologica confermò l'esame urologico che escludeva nella paziente la calcolosi renale e la ureterale.

La pielografia sinistra che, forse, avrebbe portato un altro elemento in favore di tale diagnosi, non fu eseguita perchè la signora volle uscire dalla Clinica: è mancato quindi, anche l'eventuale controllo operatorio.

Per la dimostrazione della mia tesi ciò non ha molto valore: l'indagine radiologica incompleta tendeva a far ammettere una calcolosi renale od ureterale bilaterale, l'indagine radiologica completa, integrata cioè dalle ricerche combinate tra l'urologo ed il radiologo, ha provato che le calcificazioni addominali non erano riferibili a calcoli urinari.

Con questo avrei terminato la mia dimostrazione, ma l'argomento mi suggerisce alcune considerazioni pratiche che non credo superflue.

A proposito della diagnosi di tumore del rene sinistro, non potuta confermare colla pielografia e non accertata dall'intervento chirurgico, voglio aggiungere che in altri due casi di tumore del rene, controllati coll'operazione, si era constatata, l'esistenza di un ipernefroma che aveva invaso specialmente la metà superiore del rene, con periureterite, ed una calcificazione nei tessuti infiltrati periureterali.

Sono troppo pochi tre casi accertati ed uno non accertato, ma di forte probabilità, di calcificazioni addominali nei tumori del rene per poterne trarre delle conclusioni, ma ho voluto farne cenno per due ragioni:

1) perchè se altri ha osservato od osserverà casi simili, il reperto delle calcificazioni addominali, nel sospetto di tumore del rene, potrà, insieme cogli altri segni clinici, ed urologici, avere il suo valore di conferma, ed in caso di mancanza di segni clinici ed urologici che facciano sorgere l'ipotesi di neoplasma renale, detto re-

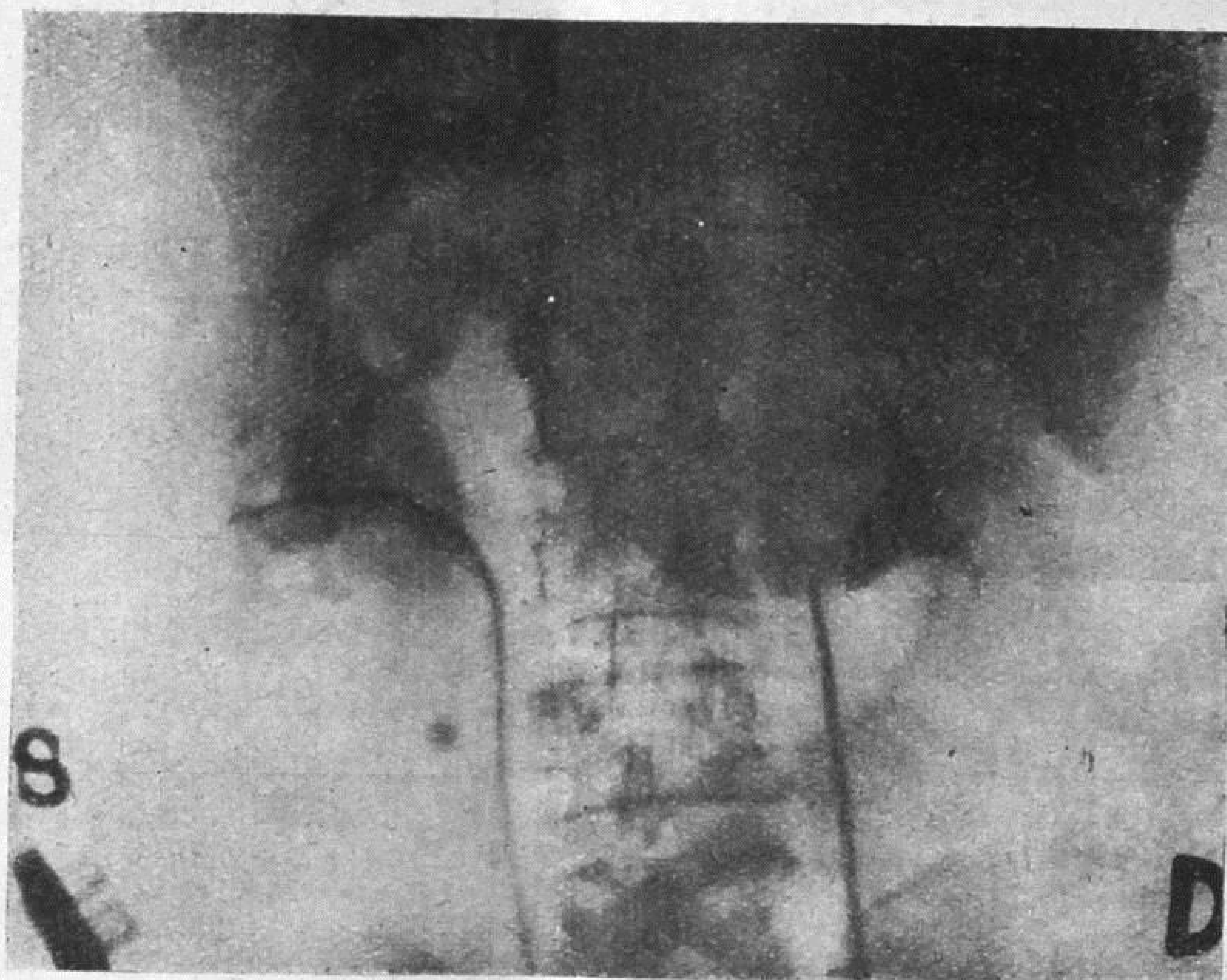


Fig. 5.

radiologicamente, la presenza di calcificazioni addominali, e proprio in questi giorni, mentre scrivevo questa nota, si è avuto in Clinica un terzo caso. È stata inviata per l'accertamento urologico e radiologico una inferma con sintomatologia clinica molto simile a quella del caso illustrato: dolore nella regione renale sinistra, ematuria intermittente dallo stesso lato con funzionalità renale buona. Per brevità presento solo il pielogramma bilaterale dimostrativo (vedi fig. 5). Si vede l'ombra renale sinistra ingrandita, deformata, con la pelvi anch'essa ingrandita e deformata, con mozzatura di un calice, dilatazione del calice superiore, irregolarità dei medi e dell'inferiore: si vede altresì l'ombra di una calcificazione rotonda, extrarenale ed extraureterale, all'esterno dell'uretere, a livello della quarta vertebra lombare. In base all'accertamento urologico e radiologico è stata fatta diagnosi di tumore renale sinistro e l'atto operatorio ha confermato perto potrà richiamare l'attenzione anche su tale possibile eventualità;

2) perchè nella mia statistica radiologica le calcificazioni addominali sembra siano quasi più frequenti nei tumori del rene che nella tubercolosi renale: ho constatato infatti in quattro casi di tumore tre volte le calcificazioni, ed in dodici casi di tubercolosi sei volte la presenza di gangli calcificati.

Come ho già ripetuto, questa mia nota ha solamente interesse pratico e perciò mi sono limitato ad accennare ad alcune osservazioni che hanno lo scopo di ricordare l'importanza e la difficoltà del problema diagnostico delle calcificazioni addominali.

Questo problema, come molti altri, non può essere risolto se non con indagini radiologiche complete, indagini che non possono essere eseguite dal radiologo solo senza la cooperazione del chirurgo.

COMMENTI.

L'appendicite malarica?

Ill.mo sig. Direttore
del giornale *Il Policlinico*,

Poichè è stata richiamata la mia attenzione su di un breve riassunto di una pubblicazione di Demjanow (*Centrabl. f. Bact.*) riportata su questo giornale (fasc. 29, pag. 1051, dell'anno in corso) vuol concedere a me un po' di spazio per aggiungere qualche parola alla giusta nota della Redazione, la quale ha bene fatto nel mettere le cose a posto, nel negare cioè *sic et simpliciter* che di appendicite malarica non si deve parlare, sibbene di infezione malarica *simulante l'appendicite?*

La mia domanda di ospitalità è giustificata dal fatto di essermi occupato ampiamente dell'argomento più di 20 anni fa con un lavoro letto alla allora fiorente Società Lancisiana, e pubblicato poi nel *Bull. della Soc. Lanc.*, fasc. I, 1906.

Prima del mio erano apparsi i lavori dei medici greci, i quali avevano segnalato le forme malariche a *sindrome peritoneale* (qualcuno anzi impropriamente parlò di *peritonite malarica*). Nel 1903 H. Ford nel *Medical Record* pubblicò 5 casi di *terzana maligna* a sindrome appendicolare (*Rare case of malariac infection*); nel 1905 Gillot pubblicava sulla *Sem. Médicale* un suo lavoro: *Du paludisme à forme peritonitique*. E finalmente apparve la mia pubblicazione, la quale pigliando le mosse da due casi di infezione malarica *a sindrome appendicolare*, mi permise in base ai lavori precedenti ed a quelli da me osservati di stabilire che nel decorso dell'infezione estivo-autunnale può avverarsi una sindrome appendicolare o anche peritonitica, che può dar luogo ad abbagli diagnostici con la vera appendicite o peritonite, tanto vero che nei miei casi si fu ad un passo dall'intervento, mentre altri AA. intervennero anche nell'ipotesi di una vera flogosi.

Ma tanto io, che gli altri che dopo di me, specie in Roma, si sono occupati dell'argomento, abbiamo bene insistito sul fatto, che se anche la sintomatologia ricorda la flogosi appendicolare, di vera appendicite non si deve parlare.

In quel mio lavoro intitolato *Malaria e Sindrome appendicolare*, io volli far rimarcare bene tutto ciò, ricordando che il parassita malarico ha potere *pirogeno*, ma non *flogogeno*.

Il prof. E. Marchiafava, che presiedeva quella seduta, dopo la mia comunicazione volle con la sua grande autorità ribadire il concetto che si dovesse parlare soltanto di sindrome *simulante* l'appendicite, nella infezione malarica, e non di vera flogosi.

Tutto ciò è ormai pacifico, tanto pel caso di sindromi peritoneali, appendicolari, quanto meningee, ecc., nel corso della infezione malarica per lo più estivo-autunnale.

Ed in vero non v'è studente dei nostri corsi di Patologia o di Clinica che tali nozioni ignori, ed io per convincerli che di vera flogosi non si tratta, rammento loro che a far dileguare la sindrome allarmante basta la somministrazione di dosi generose del *farmaco specifico*, mentre se di vera flogosi si trattasse, ben altri interventi sarebbero richiesti!

Ciò adunque appare pacifico. Pur nulla meno di tanto in tanto si vedono AA., come il Demjanow ed altri annunziare casi di flogosi di origine malarica sia a carico dell'appendice vermiforme, come a carico di altri organi.

Qualche anno fa lessi di una *epididimite malarica!*

Ciò permette di pensare che non sempre si tengono presenti le lesioni anatomo-patologiche che il parassita malarico induce negli organi che invade, e quali differenze sostanziali corrano tra queste lesioni parassitarie e la vera flogosi di un organo.

Ringraziandola dell'ospitalità, mi creda

Suo dev.mo
Roma, 26 luglio 1927. Prof. G. BASILE.

LEZIONI.

Il vomito in patologia digestiva.

(H. G. MOGENA. *Archivos de Medicina, Chirurgia y Especialidades*, 1927, n. 2).

Uno dei sintomi di maggiore importanza clinica nella patologia digestiva è il vomito. La sua presenza o mancanza, le sue modalità per tempo, quantità, qualità, costituiscono elementi molto preziosi per la diagnosi.

Il meccanismo di produzione del vomito non è ancora ben chiaro. Dapprima si credette che esso fosse dovuto unicamente alla contrazione delle pareti dello stomaco, ma poi si dimostrò che vi partecipavano attivamente il cardias e la pressa addominale. Magendie con una mano introdotta nella cavità addominale di un cane cui era stata iniettata emetina, non percepì nessuna contrazione gastrica e avvertì che la mano era fortemente compressa contro i visceri dalla contrazione simultanea dei muscoli addominali e del diaframma. L'esplorazione radiologica ha dimostrato che durante il vomito e precisamente al momento della nausea, il fondo dello stomaco si

rilascia, i movimenti peristaltici dell'antro cessano, il piloro si contrae ed il cardias si apre: per effetto della pressa addominale il contenuto gastrico è proiettato nell'esofago; contemporaneamente si produce un'inspirazione violenta che provoca diminuzione della pressione endotoracica, donde dilatazione dell'esofago ed aspirazione del contenuto gastrico in direzione della bocca; intanto la repentina aspirazione provoca la chiusura della glottide e la espulsione delle materie vomitate attraverso la bocca. Mentre nella fase preparatoria l'esofago si dilata passivamente per il vuoto pleurico, nella fase espulsiva si contrae attivamente. Altri movimenti accessori che facilitano il vomito sono le contrazioni dei geniioidei, degli ioidei e tiroidei esterni e dei tiroioidei che sollevano la laringe l'osso ioide; nello stesso momento della espulsione il velo palatino si solleva e si dilata, la lingua ed il pavimento della bocca si abbassano.

La coordinazione di questi complicati movimenti sarebbe realizzata da un centro speciale che numerosi autori localizzano nel bulbo. Hatcher e Weiss attribuiscono al riguardo gran valore ai nuclei sensitivi al vago. Le relazioni di questo nervo con lo stomaco, l'intestino, il cuore e la faringe danno credito all'affermazione di detti autori.

Il vomito riflesso ha il suo punto di partenza nell'eccitazione dei territori innervati dal glossofaringeo e dal sistema vago-simpatico. Il glossofaringeo fu dagli antichi detto appunto nervo nauseoso perchè l'irritazione della glottide, della base della lingua o della faringe, produce nausea seguita da vomito.

Il vomito di origine gastrica si produce in conseguenza dell'eccitazione delle terminazioni sensitive della mucosa dello stomaco, o per iperestesia delle terminazioni stesse, nel qual caso bastano a provocarlo la semplice ingestione di cibi o l'eccesso di acidità (gastrite, ulcera gastrica), o la intensità o accumulo degli stimoli emetici che irritano la mucosa (caustici, stenosi pilorica). Il vomito gastrico pare che segua esclusivamente la via del vago, ma secondo altri anche quella del simpatico. L'ipecacuana, il tartaro emetico, il solfato di rame provocano il vomito riflesso eccitando la mucosa gastrica, mentre l'apomorfina si considera un emetico centrale ossia eccitatrice diretta del centro del vomito.

La eccitazione degli organi toracici, anch'essi innervati dal vago simpatico, può provocare vomito. Recenti ricerche hanno dimostrato che il vomito da intossicazione digitalica o strofantica ha il suo punto di partenza nel cuore e segue la via del simpatico.

La eccitazione di altri organi, come il rene, la vescica, l'utero, ecc., può provocare vomito per la via vagosimpatica.

Il vomito si può produrre anche per l'azione di alcuni centri uniti al centro del vomito, per modo che questo si provocherebbe per la propagazione dell'eccitazione da un centro all'altro. Un tale meccanismo si ha nelle eccitazioni ripetute del centro della tosse, come nella tubercolosi e nella pertosse.

Il centro del vomito può essere eccitato anche dalle variazioni fisicochimiche dell'ambiente interno. Mosso spiega il vomito degli areonauti, quando ascendono a 7000-8000 m., con l'acapnia, ossia con la deficienza di CO_2 nel sangue consecutiva all'iperventilazione pulmonare. Negli alpinisti invece il vomito si ha quando ascendono ad altezze molto minori, in seguito all'eccesso di acido lattico nel sangue dovuto allo sforzo muscolare eccessivo e prolungato.

Secondo Sicard l'atto del vomito consta di tre stasi indipendenti dalla sua origine riflessa o diretta: nella prima fase domina l'azione del vago, che si estrinseca con angoscia, malessere generale, incertezza, inquietudine, nausea, pallore del viso, rallentamento del polso, vertigine; nella seconda fase si ha la contrazione irresistibile del diaframma e dei muscoli addominali, e dello stomaco con la espulsione del suo contenuto; nella terza fase, o dell'ipercrinia, il vago esaurito dallo sforzo compiuto cede il posto al simpatico, il cui sopravvento provoca un senso di sollievo mentre il polso si fa pieno e si accelera ed il viso si colorisce.

Delaunay ritiene che dal punto di vista fisiopatologico il vomito più che un atto riflesso di difesa o un segno di irritazione nervosa o d'intossicazione, deve considerarsi come il sintoma di una crisi acuta d'ipervagotonia o di uno stato di squilibrio vagosimpatico.

Il vomito costituisce uno dei disordini più frequenti in una grande varietà di affezioni; si verifica nell'acidosi, nell'uremia, durante le anestesie chirurgiche, nei disturbi meccanici della circolazione bulbare, nelle infezioni acute, negli avvelenamenti esogeni ed endogeni, nella meningite, nell'emicrania, nei tumori endocranici, nella gravidanza, ecc. Qui sarà trattato solo del vomito come disturbo dipendente da affezioni dell'apparato gastro-intestinale.

Il *vomito esofageo* si ha principalmente nelle affezioni stenosanti dell'esofago siano esse organiche o funzionali. Più che di vero vomito si tratta di un rigurgito ed in effetti gli alimenti sono emessi allo stesso stato di digestione nel quale furono ingeriti con assenza di acido clori-

drico e per lo più misti a bava. Se la stenosi non è completa può essere vomitato anche contenuto gastrico. La presenza di sangue indica erosioni o neoplasmi; il sangue però è sempre liquido e rutilante. Il vomito è sempre preceduto da senso di oppressione e di tensione retrosternale. L'abbondanza del vomito è in rapporto all'ampiezza della dilatazione dell'esofago al disopra della stenosi. La rottura di varici esofagee che può aversi nella cirrosi epatica provoca la espulsione di sangue liquido e rosso.

La *gastrite cronica* dà vomiti vischiosi che si emettono di solito al mattino in coincidenza di espettorazioni bronchiali. È a notare che la gastrite cronica colpisce per lo più bevitori e fumatori inveterati, che sono anche affetti da bronchite cronica. Gli sforzi del vomito a stomaco vuoto di alimenti provocano talvolta anche la emissione di piccole quantità di bile mista a muco.

Nella *gastrite acuta* e nell'indigestione si espellono gli alimenti ingeriti poco innanzi, non digeriti, misti a muco e talvolta a bile, con poco acido cloridrico libero e molti acidi organici. Nella gastrite flemmonosa il vomito contiene anche pus e batteri. Se la gastrite fu prodotta da sostanze irritanti o corrosive conterrà elementi della mucosa gastrica.

I vomiti liquidi, non biliari nè mucosi, fortemente acidi, indicheranno una *secrezione gastrica continua.*

I vomiti che si presentano alla fine della fase digestiva, liquidi, molto acidi, producenti una forte sensazione di allappamento, con nessuno o scarso residuo di alimenti, indicheranno *ipersecrezione alimentare* che talvolta accompagna la secrezione continua. Nella *ipercloridria semplice*, che è il primo grado dell'ipersecrezione alimentare e della secrezione continua, il vomito acido è ancora più tardivo, si ha cioè quando, cessato il processo digestivo, rimane HCl libero nello stomaco. Il dolore che talvolta accompagna questi disordini ipersecretori si alleviano con il vomito.

Nell'*ulcera gastrica* il vomito suole verificarsi due o tre ore dopo i pasti; esso non è sempre acido e specie negli sforzi violenti può essere accompagnato da bile. Nell'ulcera duodenale il vomito è meno frequente. Un'altra caratteristica del vomito degli ulcerosi si è che esso può contenere sangue, per cui assume un colore di cioccolatto o di posa di caffè.

La *stenosi pilorica* dà al vomito caratteri molto tipici. Gli alimenti ristagnano nello stomaco, lo dilatano enormemente e non potendo passare attraverso il piloro sono vomitati. Per lo più i vomiti si verificano di notte, specie all'alba, quando il contenuto dello stomaco è più abbondante perchè alla raccolta di alimenti introdotti durante tutta la giornata si aggiungono i prodotti della secrezione gastrica. Il vomito è abbondantissimo fino a raggiungere vari litri. Raccolto in un vaso dopo qualche minuto si separa in tre strati: uno al fondo solido e di colore scuro, uno medio liquido ed uno superficiale costituito da muco e resti alimentari misti ad aria. L'odore è acido, di uova fradicie, specie se v'è ipocloridria, o risente degli alimenti ingeriti. Ha sapore acre o amaro. Nella stenosi da ulcera il vomito è acre anche quando difetta HCl libero, e nella stenosi da cancro ha un aspetto granuloso e nerastro per piccole quantità di sangue digerito.

Talvolta nell'*uremia* si hanno vomiti con residui alimentari ed abbondanti come nella stenosi pilorica, dovuti a spasmo del piloro e dilatazione acuta dello stomaco.

Nella *stenosi congenita del piloro* il vomito appare a quattro giorni di distanza dalla nascita o poco più tardi. È un vomito caratteristico per la sua periodicità dopo ogni poppata: il bambino con rapida contrazione dello stomaco proietta con grande violenza insieme al nuovo latte quello precedentemente succhiato.

Nella *dilatazione gastrica* senza stenosi pilorica il carattere del vomito è somigliante a quello di quest'ultima.

Nella *dilatazione acuta dello stomaco*, che si ha quasi sempre come complicazione degli interventi addominali, il liquido è espulso in gran quantità in una o più volte, ha colore verdastro o nerastro, con gran quantità di bile e succo pancreatico.

Nelle *emorragie gastriche o duodenali*, se la quantità di sangue che si accumula nello stomaco è piccola, esso può essere emesso con i residui alimentari ed in tal caso il vomito ha l'aspetto di posa di caffè. Se l'emorragia è abbondante il vomito sarà esclusivamente sanguigno. Il sangue proveniente dallo stomaco si espelle generalmente in occasione di un vomito e poco dopo. Se è rappreso in coaguli più o meno grandi vuol dire che esso è rimasto qualche tempo nello stomaco; se è liquido vuol dire che è vomitato subito dopo l'emorragia. Se il vomito è nerastro vuol dire che è mescolato a residui alimentari.

Il sangue mescolato a molt'aria proviene dai pulmoni.

L'emorragia gastro-duodenale abbondante è accompagnata da malessere, che costituisce quasi il sintoma premunitorio dell'ematemesi. Nell'emottisi invece questo sintoma manca perchè il san-

gue viene espulso dalla bocca immediatamente dopo l'emorragia.

Le feci nei giorni seguenti l'ematemesi saranno del tutto nere, pastose, attaccaticcie, fetide per presenza di sangue. Nell'emottisi invece, anche se si deglutisce del sangue, questo non può essere mai in tale quantità da dare melena.

Nel *cancro dello stomaco* il vomito non è costante almeno al principio e fino a quando non si è determinata la stenosi pilorica: uno dei primi sintomi è la nausea con piccoli rigurgiti di liquido chiaro, mucoso, senza sapore. Nel cancro il vomito ha spesso colore oscuro con aspetto somigliante alla posa di caffè, il che indica la esistenza di piccole emorragie; per l'assenza di HCl libero generalmente non è acido. Le quantità vomitate sono di solito piccole e con residui alimentari che indicheranno la stenosi pilorica senza però dilatazione gastrica che di solito non si stabilisce per la rapidità del processo. L'odore è molto cattivo specie nel cancro ulcerato. A differenza di quel che avviene nell'ulcera il dolore non si calma con il vomito, che provoca solo un leggero sollievo.

Nella *litiasi biliare* il vomito è bilioso e mattutino. Si può spiegare come conseguenza di un disturbo neurovegetativo o di lesioni infiammatorie della cistifellea che ne provocano la contrazione e la espulsione del contenuto.

Durante la *colica epatica* si hanno vomiti biliosi ed alimentari che non calmano il dolore come avviene nell'ulcera gastrica, e cessano con la scomparsa della colica.

Uno dei primi sintomi dell'*itterizia catarrale*, prima che si manifesti l'ittero, è il vomito alimentare che suole cessare quando quello si presenta.

Nella *colica appendicolare* il vomito è presso che costante. Alcuni autori lo considerano prodotto da irritazione peritoneale, mentre per altri sarebbe un sintomo riflesso. Il vomito nero appendicolare sarebbe un segno d'insufficienza epatica.

Nell'*enterite acuta*, specie se associata a gastrite, si hanno vomiti di alimenti non digeriti.

Nelle *stenosi intestinali* i vomiti hanno caratteri differenti a seconda della sede della strozzatura. Le stenosi duodenali soprapapillari danno sintomi simili a quelli della stenosi pilorica; le infrapapillari si accompagnano a vomiti molto abbondanti senza sforzi, senza odore, di colore verdastro, che si presentano a crisi e contengono spesso gran quantità di succo pancreatico.

L'*occlusione intestinale* a livello dell'*ansa duodeno-digiunale* per pressione dell'arteria o vena mesenterica dà quasi sempre come primo sintoma il vomito non acido, mescolato a bile e succo pancreatico con piccole quantità di sangue, che gli dà un colorito bruno, senza però alcun carattere fecaloide.

Nella *stenosi cronica del grosso intestino* i vomiti si presentano nel corso del dolore colico accompagnati da contrazione tetanica.

Nell'*occlusione intestinale acuta* al principio si hanno vomiti alimentari, che nei giorni successivi assumono un colorito brunastro con forte odore intestinale. All'esame chimico si trova urobilina ed idrobilirubina. Il vomito fecaloide compare più presto nelle occlusioni dell'intestino tenue che in quelle del grosso. In ogni caso non conviene attendere quest'elemento diagnostico per decidersi al trattamento, perchè son molti gli individui affetti da occlusione intestinale che muoiono prima che si presenti il vomito fecaloide.

Nella *peritonite acuta* il vomito è costante e costituisce un sintoma cardinale. Talvolta è mucoso, brunastro e poi diventa alimentare o biliare oppure fecaloide. Questo vomito fecaloide non indica sempre che v'è occlusione intestinale da strozzamento o inginocchiamento; esso è l'esponente dell'occlusione da paralisi intestinale parziale. Se i vomiti sono persistenti e si trasformano in semplici rigurgiti indicano l'aggravamento della peritonite. Talvolta però cessano quando l'infermo entra in collasso.

Nel *cancro del peritoneo* si possono avere vomiti quasi sempre coincidenti con le crisi dolorose: sono alimentari, biliari se lo stomaco è vuoto, raramente fecaloidi; negli ultimi periodi diventano incoercibili.

Nelle donne molte volte si hanno vomiti che non possono essere spiegati con alcuna affezione dello stomaco, della cistifellea, dell'appendice, dei genitali, ecc., e che son ritenuti *nervosi*. La particolarità di questi vomiti è la facilità dell'espulsione, il nessun rapporto con la quantità e qualità dei cibi ingeriti; sono invece spesso provocati da circostanze esterne, emozioni, raffreddamenti, strapazzi, ecc. Evidentemente essi sono in rapporto a transitori squilibri del vagosimpatico.

Va infine ricordato che tra i primi sintomi della *tabe* vi sono le crisi gastriche, caratterizzate da vomiti periodici, associati spesso a violenti dolori a cintura. Crisi gastriche accompagnate da vomiti si presentano talvolta nell'aneurisma dell'aorta addominale, nel Basedow, nel mixedema, ecc.

DR

SUNTI E RASSEGNE.

VIE RESPIRATORIE.

La prognosi della tubercolosi polmonare e pleurica negli adulti.

(RIEUX. *Journal des Praticiens*, 1927, n. 20).

La prognosi della tubercolosi dell'apparato pleuro-pulmonare va considerata sotto due punti di vista, immediato e a distanza.

La prognosi immediata è in rapporto: *a*) alla forma anatomo-clinica del processo tubercolare; *b*) alle condizioni del terreno organico ed allo stato degli altri organi e sistemi; *c*) al contenuto di bacilli nell'espettorato.

A) La prognosi della tubercolosi pulmonare a tendenza sclerotica è favorevole, perchè in effetti la guarigione della tubercolosi consiste nella trasformazione fibrosa o fibro-calcarea del focolaio tubercolare. Ciò avviene nella tubercolosi abortiva, nella pulmonite ardesiaca dell'apice, nelle sclerosi degli apici, nella sclerosi diffusa con enfisema. Le condizioni che determinano questa prognosi favorevole sono complesse: l'età, il sesso, il modo di vita, la localizzazione pulmonare, e sopratutto la diagnosi e la cura precoce.

La tubercolosi caseosa o meglio ulcero-caseosa ha una prognosi grave. Lo stesso esito sfavorevole hanno la tubercolosi plurilobare o tisi galoppante, e la forma piuttosto rara detta ganglio-pulmonare o ilo-pulmonare estensiva, nella quale, a differenza di quanto avviene nell'adenopatia tracheo-bronchiale dell'infanzia e dell'adolescenza, il processo si diffonde rapidamente per continuità dai gangli ilari al parenchima pulmonare peri-ilare e poi a quello centrale.

Raramente la tubercolosi pulmonare assume distintamente la forma fibrosa o caseosa, comunemente si ha la forma fibro-caseosa. Il tipo congestivo semplice, caratterizzato dall'emottisi, è spesso l'espressione d'una tubercolosi incipiente o anche abortiva, e quindi ha prognosi favorevole. La prognosi diventa riservata in rapporto all'abbondanza dell'emottisi, all'estensione delle lesioni pulmonari sanguinanti e alla tendenza alle recidive dell'espettorazione con sangue. Nel tipo comune o fibro-caseoso la prognosi è generalmente favorevole specie quando la diagnosi è precoce e si procede tempestivamente al trattamento igienico-dietetico classico. Le lesioni pulmonari si stabilizzano; i focolai bronco-pulmonici sono isolati da tessuto fibroso; la febbre cade; il sudore scompare; il peso aumenta; i segni acustici si modificano.

Questa regressione può durare più o meno a lungo ed essere anche definitiva. Ma spesso per influenze diverse il processo si ridesta e ricompare la sintomatologia della tubercolosi caseosa con bacilloscopia positiva. In seguito a nuove cure il focolaio si ristagna.

È ben nota la particolare gravità della forma acuta interstiziale o miliare. Ma esiste una forma miliare cronica o fredda, messa in evidenza dalle radiografie istantanee che ha una tendenza naturale alla cicatrizzazione e quindi ha una prognosi favorevole.

La corticalite, congestiva o caseosa, con pleurite non essudativa, al principio suole assumere la sintomatologia d'una congestione pulmonare pneumococcica: inizio improvviso con dolore, espettorazione mucosa e rutilante, febbre altissima, segni di lesione pulmonare alla base. Solo dopo qualche giorno la diagnosi s'orienta verso la tubercolosi, che è confermata dalla bacilloscopia positiva. La prognosi è generalmente favorevole, ma diventa riservata quando, scomparsa la zona congestiva ed edematosa che circonda il focolaio caseoso centrale, questo permane più o meno esteso.

La pleurite siero-fibrinosa, abitualmente tubercolare, ha una prognosi generalmente buona: si ha guarigione con riassorbimento del liquido ed aderenze pleuriche più o meno diffuse. I fatti che possono essere di cattivo auspicio sono: bilateralità del versamento con tendenza alle sincopi ed alla morte improvvisa; accidenti della toracentesi; tubercolosi secondaria del pulmone.

B) La prognosi della tubercolosi pulmonare e pleurica è subordinata alle condizioni degli organi e sistemi, alla sua influenza sull'intero organismo, ed alla difesa che quest'ultimo può apportare al processo tubercolare.

La gravità d'una tubercolosi è talvolta proporzionale al grado della temperatura ed alla persistenza della febbre elevata. Ciò è vero per la pneumonite caseosa e la tisi galoppante, ma non per la pleurite siero-fibrinosa acuta. L'apiressia è per lo più l'espressione della tendenza all'estinzione ed alla cicatrizzazione del focolaio tubercolare.

Il dimagrimento progressivo indica diffusione, evoluzione o attività delle lesioni tubercolari, mentre la ripresa del peso indica il loro arresto e la loro cicatrizzazione.

Le medesime considerazioni si devono fare per i sudori, l'astenia, l'esaurimento.

La tubercolosi pulmonare provoca, come è noto, tachicardia, ipotensione, oscillometria debole, sintomi che sono tanto più marcati quanto più grave è la malattia.

Lo stesso può dirsi dei disturbi digestivi. L'ipopepsia con ipocloridria, la flatulenza, la dilatazione, la ptosi gastrica aggravano la prognosi

immediata anche perchè riducono le possibilità di riparazione dell'organismo. La diarrea è spesso indice di lesioni ulcerative del tratto ileo-cecale. Viceversa la normalità delle funzioni digestive rappresenta un fattore importante per il regresso del processo tubercolare.

Conclusioni analoghe posson trarsi dall'anemia, dalla fosfaturia, spesso parallela alla denutrizione, dai disordini dismenorroici.

La gravidanza, il puerperio, le malattie associate, come la sifilide e il diabete, l'alcoolismo aggravano la prognosi della tubercolosi.

C) Per quel che riguarda il significato prognostico della presenza dei bacilli tubercolari nell'espettorato bisogna distinguere forme con esame costantemente positivo, con risultati positivi intermittenti e con risultati positivi molto rari, uno o due. È ovvio che le prime sono le più gravi. Guignard in base alle sue statistiche è venuto alla seguente conclusione: il numero di anni di sopravvivenza è inversamente proporzionale al numero di reperti positivi dell'espettorato notati nel corso di esami regolari e frequentemente ripetuti.

La prognosi lontana riguarda naturalmente solo le forme subacute o croniche ossia la tubercolosi fibrosa o fibro-caseosa, e la tubercolosi pleurica.

La tubercolosi pulmonare fibrosa ha la prognosi più favorevole, è la più curabile. In ogni caso per potere considerare guarito un focolaio pulmonare occorre che sia scomparsa ogni traccia di sostanza caseosa, che l'esame microscopico e biologico dell'espettorato diventa negativo, ed infine che a contatto della massa incistata non si rilevi alcuna traccia di reazione infiammatoria subacuta interstiziale o parenchimale. Non va nascosto che non sono rari casi di tubercolosi evolutive nei quali l'anamnesi, l'esame clinico, la radioscopia provano l'esistenza di lesioni tubercolari precedenti abortite o spente. La riattivazione tubercolare si estrinseca sotto forme le più varie: pleurite, pleuro-pericardite, tubercolosi pulmonare.

La forma fibrosa a tipo granulare parziale cronico o freddo può durare parecchi anni senza che le lesioni miliari si estendano, presentando anzi una spiccata tendenza al riassorbimento. Queste forme in genere guariscono, quantunque sia sempre possibile una riattivazione più o meno lontana sotto forma bronco-pneumonica o cavernosa.

La prognosi lontana della tisi comune è in funzione dello stato generale, della curva del peso, della temperatura, della tensione arteriosa, delle funzioni cardiaca e digerente, dei fatti acustici, della bacilloscopia, dell'esame radiologico. La media globale dei risultati ottenuti dai sanatori popolari americani, inglesi, belgi e svizzeri dà, in capo a cinque mesi, una sopravvivenza del 50 % dei curati.

La prognosi *quoad vitam* della pleurite sierofibrinosa è di solito favorevole, ma purtroppo parecchi di coloro che hanno avuto questa malattia soffrono successivamente a distanza di tempo più o meno lontano altre affezioni tubercolari. Secondo alcune statistiche perfino l'80 % dei pleuritici diventano tubercolosi. DR.

L'asma nell'infanzia.

(R. HUTCHISON. *British Medical Journal*, 30 aprile 1927).

L'asma assume nell'infanzia un particolare interesse non solo perchè vi si presenta nella forma più semplice ed elementare, ma anche perchè le possibilità di cura sono più facili che negli adulti.

L'asma è relativamente più comune nei bambini che negli adulti, ed in effetti un buon terzo di casi si riscontra in soggetti che non hanno superato i 10 anni di età. È più frequente nei ragazzi che nelle ragazze.

L'affezione assume nell'infanzia le seguenti varietà:

1) tipo spasmodico, che rappresenta il quadro classico con crisi accessionali di caratteristica dispnea asmatica. Si ha più frequentemente nei ragazzi più grandicelli;

2) tipo a febbre da fieno, in cui il catarro nasale è il sintoma preminente. Di solito queste forme sono considerate come semplici raffreddori di testa ricorrenti;

3) asma bronchiale, alla quale sulla base di una bronchite si ha lo spasmo periodico dei bronchi. È la forma più comune; e gli attacchi sono molto prolungati;

4) tipo bronchitico, caratteristico della prima infanzia: l'asma è mascherata dai fenomeni bronchitici, per cui la reale natura dell'affezione rimane misconosciuta. Si distingue dalla semplice bronchite per l'inizio e la cessazione improvvisi, per il fatto che la dispnea precede i segni fisici pulmonari, per la mancanza relativamente costante della febbre, per la presenza d'eosinofilia;

5) asma timico o paraasma prodotta dalla pressione sulla trachea da parte del timo ipertrofico o da glandole peribronchiali ingorgate. Questa forma s'inizia quasi sempre prima dei 18 mesi d'età ed è caratterizzata dalla presenza di segni fisici d'ingrossamento del timo o delle glandole peribronchiali.

La dispnea asmatica, come è ben noto, è stata attribuita ad occlusione dei bronchi in seguito a spasmo delle fibre muscolari bronchiali o a gonfiore della membrana mucosa, o a tutt'e due questi fattori insieme. L'occlusione può verifi-

carsi o per eccitamento del centro respiratorio o per azione diretta sulla mucosa bronchiale.

Il centro respiratorio può essere eccitato per via psichica, riflessa o sanguigna.

Tra i fattori psicologici vanno annoverati la paura, le eccitazioni psichiche d'ogni genere e la suggestione, la cui influenza nei primi anni di vita è difficile a determinare.

Le parti periferiche la cui eccitazione può stimolare il centro respiratorio ed in via riflessa scatenare una crisi d'asma, sono il naso, le fauci, il tubo digerente. È stato notato che anche la fimosi potrebbe costituire una sorgente d'eccitazione.

Il centro respiratorio infine può essere eccitato direttamente da sostanze endogene o esogene circolanti nel sangue.

Le alterazioni bronchiali che conducono all'occlusione possono essere provocate, anche direttamente e senza l'intervento del centro respiratorio, dalla presenza nel sangue di sostanze specifiche, che agiscono come irritanti. Tali sostanze sono costituite da proteine estranee o allergiche, per le quali il soggetto asmatico è sensibile. Questa sensibilità può essere innata o acquisita: il più delle volte è una caratteristica costituzionale spesso ereditaria.

Tale eccitabilità metabolica può rivelarsi con la produzione non solo di asma ma di altri disordini episodici o accessionali, come l'emicrania, il vomito ciclico e alterazioni cutanee come l'eczema e l'orticaria. I pazienti sono per lo più sensibili per parecchie proteine, ma il carattere ed il grado della sensibilità può variare di volta in volta, e comparire e scomparire improvvisamente. Può essere provocato dall'introduzione nell'organismo di dosi eccessive di proteine estranee: così i bambini possono diventare sensibili per le uova in seguito all'ingestione di grande quantità di acqua albuminosa o per i sieri dopo iniezioni sieroterapiche. La sensibilità può sopravvenire anche in seguito a malattie infettive, alla pertosse in ispecie, o ad interventi operatori, in particolare di quelli sulle tonsille.

Quando l'asma è prodotta da questa speciale sensibilità, la proteina alla quale l'organismo reagisce può raggiungere il sangue in vari modi: per ingestione, per inalazione, per penetrazione batterica.

Generalmente le proteine ingerite sono quelle assunte insieme agli alimenti. Al riguardo le proteine che più frequentemente provocano le reazioni sono quelle contenute nel latte e nelle uova. La sensibilità alle proteine alimentari è di solito innata e tende a scomparire con gli anni. Da ciò la maggior frequenza di questa causa di asma nell'infanzia.

Le proteine possono essere inalate sotto forma di polveri di varie specie, polline, ecc. Questa forma di sensibilità è più spesso acquisita, il che non toglie che sia innata ed ereditaria la tendenza all'instabilità metabolica che prepara la sensibilità. È più persistente della sensibilità alle proteine alimentari avendo minor tendenza a scomparire spontaneamente. Perciò è maggiore la sua importanza nel processo patogenetico dell'asma.

Le proteine per le quali sono sensibili i soggetti asmatici possono essere di natura batterica, provenienti dai microrganismi che provocano infezioni croniche, tra cui le più comuni sono quelle localizzate al nasofaringe. Il così detto asma bronchiale è la forma che più comunemente ha quest'origine.

Il fatto che un paziente è sensibilizzato può essere desunto dalla sua anamnesi. Un tale ha attacchi di asma solo quando vive in una fattoria a contatto con certi animali, un altro ha l'asma solo quando rimane per qualche tempo in vicinanza di un albero. È molto difficile svelare la sensibilità specifica per i comuni componenti dei cibi o per le polveri, ma la pratica delle reazioni cutanee agli estratti acquosi delle differenti proteine può dare utili risultati. Sarebbe pertanto opportuno praticare tale prova a tutti i bambini sofferenti di asma ed in conformità indirizzare il trattamento.

La cura dell'accesso di asma è nei bambini analoga a quella degli adulti. Il miglior rimedio è sempre l'iniezione sottocutanea di adrenalina, che eccita il simpatico e contrasta l'azione del vago. La morfina va usata nei bambini ancora con maggiore precauzione.

La parte più importante del trattamento consiste nel modificare la tendenza asmatica. Al riguardo è da rilevare che l'asma non è una malattia del sistema respiratorio, ma un'affezione nervosa, e come in tutte le affezioni accessionali ogni crisi favorisce la produzione di nuove crisi ed accentua la tendenza morbosa. Pertanto deve essere posta ogni cura per evitare il ripetersi degli accessi e quindi regolare la vita del paziente in modo da evitare tutte le cause che favoriscono o determinano l'asma. Naturalmente non bisogna cadere nell'eccesso di considerare i bambini asmatici piante da serra. Saranno evitati tutti gli eccitamenti nervosi, gli strapazzi, l'esposizione al freddo, al caldo eccessivo, all'umido.

Il cambiamento di residenza sembra che sia favorevole ed in molti casi fa scomparire gli accessi, probabilmente perchè nella nuova località mancano le sostanze per le quali l'asmatico è sensibile.

È stato notato che al disopra di 1500 m. gli accessi scompaiono, ma si rimanifestano non ap-

pena il soggetto ritorna al livello da cui era partito.

Per quel che riguarda la dieta è stato notato che talvolta gli accessi scompaiono eliminando dall'alimentazione le cose indigeribili e facendo piccoli pasti asciutti senza zuppa.

Comunque l'alimentazione del bambino deve essere sempre ben composta non potendosi sacrificare alla malattia lo sviluppo del soggetto.

I medicamenti dai quali si può ottenere qualche beneficio sono quelli che riducono l'azione del vago e diminuiscono l'eccitabilità del centro respiratorio. Al riguardo, la belladonna e l'arsenico si dimostrano i più efficaci.

Molto utile è una mistura con piccole dosi di ioduro di potassio, belladonna o stramonio e arsenico da prendersi per molto tempo dopo ogni pasto. Per evitare la minaccia di un attacco occorrono larghe dosi di sedativi, come il cloralio e l'antipirina, ed il riposo a letto.

La rimozione di tonsille ipertrofiche o di vegetazioni adenoidi non è sempre benefica, anzi è stato notato che l'asma può manifestarsi dopo tali operazioni.

Nel tipo bronchiale conviene tentare la vaccino terapia adoperando vaccini autogeni preparati dallo sputo emesso durante l'attacco. Ma i risultati non sono sicuri.

Se si riesce a scoprire la sostanza per la quale il ragazzo è sensibile occorre allontanare la sostanza stessa dall'ambiente nel quale egli vive oppure allontanare il ragazzo. Queste sostanze possono trovarsi nelle piume dei cuscini, nelle lane dei materassi, negli abiti, sui cavalli, sui cani, ecc.

Sarebbe molto vantaggioso desensibilizzare il paziente per le sostanze alle quali reagisce, ma purtroppo la tecnica della desensibilizzazione è ancora allo stadio sperimentale.

A tale scopo sono stati fatti tentativi con il peptone, il latte, il sangue dello stesso ragazzo, la tubercolina e le culture di microrganismi isolati dal nasofaringe e dall'intestino.

Di tutte queste sostanze la più attiva si è dimostrato il peptone per via endovenosa. Bisogna procedere con precauzione e ben proporzionare le dosi.

Pe quel che riguarda la prognosi va osservato che l'attacco asmatico per se stesso non presenta alcun pericolo almeno che non si tratti di bambini molto piccoli e gracili. Per quel che riguarda l'avvenire dei pazienti va notato che con l'andar degli anni gli accessi si fanno sempre più rari e leggeri ed infine cessano del tutto. Solo quando gli accessi si ripetono con molta frequenza e durano a lungo possono lasciare uno stato enfisematoso o influire sfavorevolmente sullo sviluppo del ragazzo.

DR.

FEGATO E VIE BILIARI.

Alterazioni anatomo-patologiche del fegato e della cistifellea nella colecistite senza calcoli.

(S. GENKIN. *Arch. f. Klin. Chir.*, 144, 3/4).

È d'osservazione corrente la constatazione che affezioni della cistifellea e delle vie extraepatiche si accompagnino con gravi lesioni delle cellule epatiche. Tali lesioni in alcuni casi dominano il quadro clinico, e assumono una straordinaria importanza nel decorso post-operatorio della malattia: Tietze sostiene che bisognerebbe definire ogni caso di colelitiasi come un'affezione epatica. Ciò malgrado ricerche sulle alterazioni epatiche nei primi stadi delle colelitiasi sono scarse. È sembrato per ciò opportuno all'autore di interessarsi di tale problema nelle *colecistiti senza calcoli*. Furono a tale scopo studiati 15 casi del genere sottoponendo all'indagine microscopica un pezzetto di cistifellea e uno di fegato tolto dal lobo sinistro (Formalina, ematossilina-eosina, o Van Gieson).

Macroscopicamente le lesioni della cistifellea consistevano in fenomeni infiammatori a suo carico con pericolecistite più o meno recente, più o meno tenace. La forma della cisti non presentava alterazioni. Notevole era la rigidità e la stenosi relativa del cistico con difficoltà nello scarico della bile. Le pareti della cistifellea si presentavano ispessite. Il contenuto era rappresentato da bile densa, nerastra.

Microscopicamente si riscontravano i segni di una flogosi limitata o per lo meno prevalente a carico della mucosa (dilatazione vasale, infiltrati perivascolari).

Conseguenza di tale processo ne era, in una parte dei casi, un'iperplasia della mucosa con metaplasia mucosa dell'epitelio di rivestimento, comparsa di glandole mucose nella parete della cistifellea: in un'altra parte dei casi si manifestava sopratutto una desquamazione epiteliale con deposizione di sali di calcio nelle pliche disepitelizzate e sclerotiche. A tutti i casi era comune una ipertrofia dello strato muscolare, e una sclerosi con ispessimento di tutti e tre gli strati della parete cistica.

Nel fegato, nei casi gravi (Tietze e Winkler), si riscontrano alterazioni di epatite interstiziale o interlobulare a carico del connettivo, e di degenerazione cellulare, variabili dalla semplice degenerazione grassosa fino all'atrofia grave e necrosi totale non solo di singoli lobuli, ma di territori cospicui.

Nei preparati degli AA. erano evidenti alterazioni flogistiche a carico degli spazi periportali, intorno ai dotti biliari, ai vasi. Tale processo più

o meno accentuato, a tipo produttivo, di infiltrati cellulari si può definire con una parola come un'epatite interstiziale. Un simile processo può subire una regressione, fino a rivelarsi con un aumento del connettivo fibroso. D'altra parte sono possibili anche delle riacutizzazioni del processo. Quasi sempre era evidente un processo di periepatite. Le cellule epatiche invece non presentavano che raramente delle profonde alterazioni: vi si osservava solo un'indecisione dei loro contorni, rigonfiamento torbido. Invece era quasi costante la presenza di pigmento giallastro sotto forma di granuli o zolle, più o meno abbondanti sparse nel corpo cellulare. Rappresenta la conseguenza di una micro-stasi — per così dire — della bile, tanto maggiore quanto più accentuata è la pericolecistite.

È notevole ancora un fatto. In tutti i pazienti operati di colecistectomia fu tolta l'appendice perchè riconosciuta malata. La ricerca offriva il seguente interesse: stabilire cioè quale fosse stato il primo dei due organi ad ammalarsi. Dai dati obbiettivi microscopici tutto faceva propendere per una lesione di data più antica a carico dell'appendice, la quale presentava proprio tutte quelle caratteristiche: iperplasia dell'apparato follicolare, lievi alterazioni catarrali a carico della mucosa, l'assottigliarsi della muscolare, l'aumento di spessore della sierosa, una maggior evidenza del reticolo vascolare, e un aumento di spessore della sottomucosa, che secondo Aschoff stanno a significare una pregressa flogosi guarita. Su tale dato che sembra dimostrato elegantemente e sul nesso causale tra le due affezioni, gli AA. non si pronunciano oltre, ma si limitano solo ad averlo affermato e dimostrato.

E. MINGAZZINI.

Trattamento operativo dei calcoli del coledoco.

(G. W. CRILE. *Ann. of Surg.*, sett. 1926).

Gli interventi sul coledoco sono spesso assai gravi. Calcoli possono essere estratti dal coledoco con una tecnica perfetta da un chirurgo sperimentato: e, nonostante, il paziente può venire a morte. La mortalità di questa operazione è alta quanto quella consecutiva a interventi per tumori cerebrali. L'A. è d'avviso che gli interventi chirurgici sul coledoco o sul cervello hanno una analoga influenza sull'intero organismo: rapida diminuzione di forze, mancanza di mezzi a nostra disposizione per migliorare le condizioni dell'operato. Lo stato della pressione arteriosa non ci dà indizi importanti. Il cervello e il fegato sono ambedue molto sensibili ai cambiamenti di temperatura. Ambedue sono necessari alla vita.

La mortalità delle operazioni cerebrali è stata molto ridotta per la tecnica protettiva perfezionata sopratutto da Cushing. Può dirsi lo stesso per le operazioni sul fegato. Ambedue gli organi hanno una estesa connessione nervosa; ma a ciò poco si è badato, per ciò che riguarda il fegato, forse perchè gli effetti immediati sono meno evidenti.

Eppure nel campo operatorio, che comprende il coledoco, è compreso quello che può dirsi il « cervello » del sistema simpatico. Ogni cellula epatica ha una innervazione completa. Il chirurgo, operando sul coledoco, può ledere non solo l'innervazione del fegato, ma anche quella del pancreas, surrenali, stomaco, intestino. Un'operazione molto aggressiva sul coledoco corrisponderebbe ad una cieca ricerca digitale per entro il cervello. E invero gli effetti clinici dello strappamento di tenaci aderenze pericolecochiane sono analoghi a quelli prodotti da manipolazioni sul cervello o il midollo; traumi sperimentali o forti emozioni sul sistema simpatico causano alterazioni nella struttura delle cellule epatiche; il blocco del sistema splancnico riduce gli effetti delle manipolazioni sui visceri.

Nelle operazioni sul coledoco sarà dunque bene fare un esteso blocco regionale, e possibilmente anche un blocco splancnico, con novocaina; esporre bene la regione; dissecare col tagliente; aspirare il sangue o la bile versati.

Il drenaggio migliore è quello che fuoriesce dal fianco e termina nella tasca di Morrison.

Un altro fattore di pericolo è il drenaggio del coledoco. Una improvvisa decompressione nel sistema biliare può avere lo stesso effetto sulla funzione epatica che un'improvvisa decompressione dell'apparato escretore urinario ha sulla funzione renale. La funzione della bile, con la sua forte alcalinità, quando essa trovasi alla normale pressione, è di mantenere l'alcalinità della cellula epatica.

A queste considerazioni un'altra va aggiunta. Il fegato è la più importante fucina chimica dell'organismo; e la sua attività è fortemente modificata dalle variazioni di temperatura. L'introduzione di calore nel cavo addominale fa immediatamente aumentare la temperatura non solo del fegato, ma anche del cervello.

L'applicazione di calore sulla regione epatica per mezzo della diatermia fa sì che la temperatura del fegato e quella degli altri visceri addominali può essere mantenuta al normale livello per tutta la durata dell'operazione. Tale metodo

è anche utile nell'immediato periodo post-operatorio.

I risultati ottenuti nella ultima serie di calcolosi del coledoco, in cui furono applicati i concetti sopraricordati, sono stati molto migliori dei precedenti. In linea generale tale miglioramento nella mortalità e morbilità post-operatoria dovrebbe essere analogo a quello ottenuto con la messa in pratica delle nuove idee nella chirurgia del cervello e della tiroide.

A. CHIASSERINI.

MEDICINA SOCIALE.

La campagna antimalarica nell'Agro Romano.

L'Agro Romano è ancora nella mente di molti una landa desolata, in cui si trovano soltanto pochi pastori e qualche buttero: un quadro di maniera di mezzo secolo fa. Per fortuna del nostro Paese, le condizioni attuali sono ben diverse; la progressiva intensificazione dell'agricoltura ha reso necessaria la costruzione di numerose abitazioni; fra le messi rigogliose il vecchio casale si è rammodernato e soprattutto moltiplicato e la popolazione di questa zona raggiunge ora i 70.000 abitanti. Uno stato di cose che dimostra la fervida attività della nostra gente ma che, al tempo stesso, impone una perfetta organizzazione dei servizî per proteggere queste popolazioni dalle insidie della malaria sì da permettere loro di compiere il proficuo lavoro. Basta del resto ripensare a quello che era Ostia al principio di questo secolo: squallida borgata abitata da una scarsa colonia che si rinnovò più volte perchè decimata dalle febbri, oggi invece stazione balneare di Roma, che in tutto il 1926 non ebbe se non 5 casi di febbre primitiva.

È interessante conoscere con quali sagaci ed operose cure si sia potuto giungere a questi risultati e molto opportunamente il Direttore dell'Ufficio di Igiene di Roma, prof. G. Pecori, ed il Capo dei servizî antimalarici, dott. G. Escalar (*Rivista di Malariologia*, 1927), ci descrivono l'organizzazione di questo importante servizio che, se grava sul bilancio per più di tre milioni annui, rappresenta un inestimabile vantaggio di vite e di attività umane.

Un tempo la lotta antimalarica era imperniata quasi esclusivamente sulla profilassi chininica, attualmente è ben più complessa e comprende:

1) L'organizzazione di 46 stazioni sanitarie nei punti più strategici dell'Agro romano (prima della guerra erano 20). Ad ognuna di esse è preposto un medico, in 20 si trova poi un infermiere segnalatore, per scovare i malarici e continuare a curare quelli cronici nello stesso luogo del loro lavoro. La stazione, oltre ad essere il centro di organizzazione della bonifica umana eseguita con il controllo dell'esame del sangue, è anche centro per la lotta antianofelica in genere ed antilarvale in ispecie.

2) Istituzione di dieci squadre di disinfestatori.

3) Organizzazione della bonifica umana e della profilassi chininica, (complessivamente vennero consumati 900 Kg. di chinino), per mezzo di 18 stazioni ausiliarie ambulanti, con signorine infermiere che, nelle visite quotidiane ai ricoveri dell'agro, insegnano anche a conservare bene le reticelle, a distruggere le alate e ad attuare praticamente la lotta antilarvale.

4) Servizio di sorveglianza sui malarici uscenti dagli ospedali di Roma, che vengono muniti di una certa quantità di chinino per continuare la cura e sono segnalati ai rispettivi medici delle stazioni sanitarie. Invio dei bambini malarici all'asilo Marchiafava, che ne ricoverò 487 e trattenne i semilunari fino alla scomparsa dei gameti.

5) Disposizione che di tutti i morti per perniciosa venga eseguita l'autopsia.

6) Esecuzione del progetto di un'attiva piccola bonifica in sei zone dell'Agro.

7) Propaganda attiva pratica, fatta essenzialmente dal dott. Escalar, per mezzo di conferenze in tutti i centri dell'Agro, con proiezioni cinematografiche sulla malaria. Propaganda intensa nelle scuole rurali dove, con la collaborazione degli insegnanti, si istituirono delle piccole maestranze antimalariche.

8) Emanazione di un'Ordinanza governatoriale obbligante i proprietarî di terreni e case all'opera di profilassi antimalarica.

9) Istituzione, per opera della Fondazione Rockefeller, di due zone di lotta antilarvale, a complete sue spese e con personale proprio.

10) Censimento di tutti i febbricitanti, accertamento con l'esame del sangue (ne vennero fatti circa 3000) in molti centri diagnostici, protezione dei malarici con reticelle e zanzariere, lotta particolarmente attiva contro le alate nelle abitazioni dei semilunari.

11) Corsi di istruzione ai medici dell'Agro.

Preziosa opera fiancheggiatrice è stata esercitata dalla Società di bonifica Maccarese e da alcuni grandi proprietarî di terreni.

Per quanto riguarda i *sistemi di lotta contro le anofele*, si praticò la lotta antilarvale col verde di Parigi che si è mostrato un ottimo larvicida; la tecnica però ne è delicata; la polvere nella miscela deve essere molto fina e la mescolanza deve essere fatta con molta cura; il verde deve

essere sparso di buon mattino, prima che si alzi il vento. Venne usato anche il petrolio e vennero fatte larghe immissioni di gambusie in tutti i fossi.

Si praticò un accurato diserbo dei fossi e si perseguì la lotta contro le alate, mediante la cattura manuale, con o senza fumigazione o spargimento di liquidi zanzaricidi; corrispose bene lo spruzzamento con acqua semplice. Questo risultò un buon metodo di lotta, poichè dove la lotta contro le alate fu attiva, la percentuale delle primitive fu bassa o ridotta a zero. Il numero delle alate catturate in una stazione nei mesi dal giugno al dicembre fu di 929, 4140, 2208, 2035, 1228, 1186, 401, la cifra più alta si raggiunse in luglio, mese in cui le febbri primaverili raggiunsero la cifra più alta; seguono poi agosto e settembre, nel quale ultimo mese si ebbe il maggior numero di estivo-aut.

La protezione meccanica fu applicata nel 10 % delle abitazioni che ancora non l'avevano, sicchè attualmente il 60 % di queste è ora protetto; essa del resto viene ora richiesta dagli stessi lavoratori.

Efficaci sono stati gli esperimenti di stabulazione, fatti mediante porcili-trappole (Falleroni); si è osservato che nelle case munite di porcili o di stalle, le anofele sono scarse o mancanti, mentre invece sono abbondanti in quelle dove non si trova bestiame stabulato.

Interessanti sono i dati sui 14 morti per perniciosa; di essi, 4 erano bambini, 6 andavano fino ai 40 anni e 4 adulti oltre i 40. Per 12 di essi, si seppe che si erano sottratti alle cure del medico e non ricorsero agli ospedali che dopo 10-15 giorni di febbre; la grande maggioranza dei decessi va dunque attribuita all'ignavia dei malati: da ciò la necessità di una propaganda sempre più attiva che inciti i malati a farsi curare al più presto. La forma clinica prevalente fu quella comatosa, insorta quasi sempre al 3°-4° attacco. In uno dei casi, si riscontrò tumore cronico di milza, del peso di 750 grammi, ciò che fa sospettare che anche i malati cronici possono andare incontro a forme perniciose mortali, forse per una reinfezione acuta.

Dalle osservazioni statistiche risulta anzitutto una grande diversità nell'intensità della malaria a seconda delle diverse stazioni. La morbosità varia dal mezzo al cinque per cento; maggiori differenze si rilevano poi per l'indice splenico nelle scuole, che oscilla fra 1,6 e 58 %; del tutto negativo è risultato l'indice parassitario praticato in due stazioni in cui l'indice splenico era di 16,9 e 25 %. Particolarmente colpite sono le zone sulla riva destra del Tevere.

Complessivamente i casi di malaria risultano dalla seguente tabella:

	1925	1926
Numero totale . . .	3769	2546
Primitive estive . .	508	270
» primav. .	414	330
» indeterm.	—	26
Totale . . .	922	626
Recidive estive . .	1739	744
» primav. .	1108	980
» indeterm.	—	196
Totale . . .	2847	1920
Ricoverati negli Osp.	1591	433
Perniciosi	28 (7.4 ‰)	14 (5.6 ‰)

Notevole diminuzione, quindi, che si ha nelle primitive e nelle recidive. Rilievo importante è, poi che le forme estivo-aut. sono state nel 1926 in numero minore che le primaverili, ciò che fa avvicinare il tipo della malaria dell'Agro romano a quello dell'Italia settentrionale e si può trarne la deduzione che si avvii verso un tipo mite.

Non risulta alterata nei due anni la percentuale delle primitive rispetto alle recidive (32 %), il che fa ritenere che la benignità dell'epidemia del 1926 sia da attribuirsi in genere alla ottenuta diminuzione delle recidive, mediante l'accurata bonifica umana.

In alcune stazioni sanitarie, che negli anni passati ebbero malaria grave, non si ebbe in quest'anno nessun caso di primitiva, risultato che, con ogni presunzione, va attribuito al lavoro alacre dei medici ed all'applicazione dei metodi di lotta.

Risultati dunque confortevoli ed incoraggianti, di cui i vantaggi economici immediati, tradotti in cifre con un calcolo approssimativo, possono ritenersi di circa L. 1.330.000. Essi dimostrano che la via seguìta è buona, ma che si esige una continua attività e la cooperazione di tutte le forze. Bonifica igienica, idraulica ed agraria debbono andare unite e completarsi a vicenda; il Governatorato di Roma ha ben dimostrato di comprendere l'importanza del problema della malaria e sembra decisamente risoluto ad affrontarlo, non lesinando i mezzi finanziarii; i medici e tutto il personale sanitario compiono da apostoli l'opera loro; molto si attende ancora dalla collaborazione dei proprietarii e degli affittuari di terre (l'aver ottenuto che la maggior parte delle case sia provvista di protezioni meccaniche è già un buon risultato) ed è da prevedersi non lontano il giorno in cui l'Agro completamente risanato diventi secondo il comandamento del Duce « l'orto ed il giardino della Capitale ».

fil.

QUESTIONI DEL GIORNO.

La terapia con alimenti irradiati.

Esperienze sui ratti e sull'uomo hanno confermato la scoperta di A. F. Hess, secondo cui gli alimenti sottoposti all'azione dei raggi ultra-violetti guariscono il rachitismo. Vanno ricordate, al riguardo, le pregevoli ricerche cliniche di L. Spolverini.

Sfortunatamente l'alimento di scelta, il latte, sotto l'influenza di queste radiazioni assume un gusto e un odore tali che i bambini lo rifiutano. Può anche perdere alcune proprietà alimentari.

Le ricerche di Hess, Parsons, Weinstock, Aidin e di altri hanno dimostrato che il fattore antirachitico degli alimenti irradiati è costituito dagli « steroli », i quali somigliano ai grassi, ma non sono saponificabili ed hanno la funzione di alcoli secondari; si differenziano anche dalle cere, dai fosfatidi (lecitine), dalle lipine, ecc. I più diffusi sono il colesterolo nel regno animale (pelle, sostanza nervosa, tuorlo d'uovo, fegato, bile, olio di fegato di merluzzo, ecc.) e il fitosterolo nel regno vegetale. Sono stati ottenuti allo stato cristallino.

Mediante steroli irradiati si sono conseguiti risultati sorprendenti. Così R. Aidin (*Brit. Journ. of Actinotherapy*, maggio 1927) si è valso di colesterolo proveniente dall'olio di fegato di merluzzo, irradiato per uno spessore di mm. 1.5 tra due lamine di quarzo, per 15 minuti, con una lampada Cooper-Hewit a una distanza di 15 cm.; il colesterolo irradiato veniva somministrato allo stato di sospensione in olio di lino, al 3 %, a bambini che però ricevevano anche olio di fegato di merluzzo e malto: in 20-30 giorni si sono ottenuti gli stessi risultati che con il solo olio di fegato o con la lampada ad arco richiedevano 15 settimane (controllati alle radiografie).

Ricerche di Heilbrow, Kamm e Morton hanno dimostrato che una soluzione di colesterolo in acetato d'etile dà, allo spettroscopio, una leggera banda d'assorbimento con tre strie di 247 $\mu\mu$, 281 $\mu\mu$ e 293 $\mu\mu$; dopo l'irradiazione queste bande scompaiono e al tempo stesso il colesterol assume le proprietà antirachitiche.

Secondo la legge di Grotthus-Draper, l'irradiazione è assorbita solo se i gruppi molecolari della sostanza irradiata sono in risonanza con le lunghezze d'onda delle radiazioni. Ora, la modificazione si effettua proprio nella regione dello spettro che corrisponde ai raggi U. V. efficaci contro il rachitismo.

D'altra parte alcune esperienze con colesterol cristallizzato provano che questo è accompagnato da una sostanza non ancora definita, che è stata detta « vitamine-precursor » e che sembra essere la parte attiva.

Se si tiene presente che il colesterolo è molto diffuso nella pelle, si può supporre (Dekeyser, *Bruxelles-Méd.*, 24 lug. 1927) che questa contenga la sostanza pre-vitaminica e che il sole, con i suoi raggi ultra-violetti, le conferisca delle proprietà antirachitiche. Si spiega così l'azione benefica dell'olio di fegato di merluzzo, dell'elioterapia e del colesterolo irradiato.

L. V.

Terapia chetonica dell'epilessia.

Era stato osservato che il digiuno riduce gli attacchi epilettici; ad esempio H. R. Geylin (*Medical Record*, 1921) riferiva sui risultati benefici ottenuti da questa terapia.

Naturalmente il digiuno non può essere spinto agli estremi; quindi si sono dirette le ricerche a stabilire quali fattori favorevoli esso mette in gioco. R. M. Wilder (*Mayo Clinic Bulletin*, 1921) suppose che intervenissero i corpi chetonici, prodotti nell'autofagia dei tessuti, e in particolare l'acido diacetico, il quale eserciterebbe un'azione anestetica. M. G. Paterman (*Amer. Journ. Dis. Child.*, lug. 1924) obbiettò che l'acido diacetico brucia facilmente nell'organismo e perde la sua azione; egli considera molto più pratico di somministrare una dieta chetogenica: a tale scopo basta ridurre la somministrazione di carboidrati.

Il problema è stato ripreso, per l'epilessia infantile, dai pediatri del Massachusetts General Hospital di Boston G. Hoeffel e Margherita Moriarty (*ibidem*, luglio e novembre 1924) hanno confermato l'azione del digiuno nel sospendere gli attacchi epilettici ed hanno indagato le modificazioni da esso indotte, le quali non consistono solo in maggiore eliminazione di corpi chetonici con l'urina e con la respirazione, ma anche in accumulo nel sangue di acido urico e di anidride carbonica, riduzione di glucosio e lieve riduzione della concentrazione idrogenionica. J. B. Talbot e i suoi collaboratori K. M. Metealf e Margherita E. Moriarty (*ibidem*, febbraio 1927) hanno ora sperimentato la somministrazione di una dieta speciale, già suggerita da Wilder e da Peterman, ricca di alimenti chetogenici (grassi) e povera di alimenti antichetogenici (idrocarbonati e proteine): i risultati sono molto promettenti e paiono aprire una nuova strada nel trattamento dell'epilessia (*Journal A. M. A.*, 21 maggio 1927).

L. V.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 30 aprile 1927.

Presiede il prof. R. ALESSANDRI, Presidente.

Il Presidente commemora il prof. ORESTE FERRARESI e propone l'invio di condoglianze alla famiglia.

Riferisce sulla sua presenza a Londra in rappresentanza dell'Italia e dell'Accademia alla commemorazione di LISTER. Partecipa l'invito della Università di Lovanio alle feste centenarie di quella Università.

Dà poi la parola al prof. FERRETTI TITO, che commemora il prof. POSTEMPSKI.

Il Presidente si associa alla commemorazione.

Rivolge poi un saluto al prof. STAFFIERI e, passando allo svolgimento dell'O. d. G., gli dà la parola.

Il prof. STAFFIERI svolge la comunicazione *sulle coste cervicali*, soffermandosi su proprie osservazioni cliniche e proponendo una classificazione basata più specialmente sulla sintomatologia.

Il prof. DALLA VEDOVA approva i concetti esposti dall'O.

Manifestazioni pseudo-appendicolari nei processi del colon distale.

Prof. ALESSANDRINI PAOLO. — L'O. ricorda la sintomatologia dei processi neoplastici della porzione distale del colon (stitichezza; qualche volta diarrea; emorragie; dolori).

Descrive poi cinque casi capitati alla sua osservazione su 16 malati di tumore del colon distale, nei quali, unica manifestazione della stenosi del colon discendente e del sigma, si avevano crisi dolorose periodiche accompagnate da stipsi, da vomito, e da localizzazioni di dolore nella fossa ileo-cecale destra, un intenso dolore al punto di Mac Burney, rigidità muscolare, iperestesia cutanea, lieve febbre. Pone in rilievo l'importanza che in questi casi ha l'esame radiologico completo e l'esame sigmoidoscopico.

Non si ha discussione.

La sindrome clinica di tifobacillosi per la tubercolosi dell'ilo nell'adolescente.

Prof. PONTANO T. — L'O., dopo aver accennato alla clinica e al significato della tifobacillosi di Landouzy e ai suoi rapporti con l'adenopatia dell'ilo, illustra una particolare forma morbosa da lui osservata negli adolescenti. Consiste in una sindrome clinica di tifobacillosi che si svolge negli adolescenti e che non è determinata da una bacterioemia bacillare, ma da una tubercolosi dell'ilo. Sono colpite in modo imponente le glandole dell'ilo e il tessuto polmonare e pleurico circostante. Alla sindrome di tifobacillosi segue costantemente una pleurite essudativa dallo stesso lato dell'affezione e spesso alla propagazione, anche per via linfatica, al polmone circostante. La sindrome ha tendenza a guarire. L'O. vede in questo particolare modo di reagire dell'organismo all'infezione tubercolare, non la conseguenza di una prima infezione, ma la conservazione delle proprietà difensive del sistema linfatico di fronte alla infezione tubercolare, propria alla prima età e denomina questo particolare stato: infantilismo linfatico.

Il prof. ARCANGELI ricorda che da più di venti anni egli ha richiamato l'attenzione dei medici sulla natura tubercolare di molte « febbri oscure »: riassume la sintomatologia caratteristica della tifobacillosi e dice che la ricerca dei sintomi fisici spesso aiuta e conferma la diagnosi.

Il prof. ALESSANDRINI P. esprime dei dubbi sul valore assoluto del reperto radiologico.

Il prof. DIONISI ricorda la sindrome descritta da autori tedeschi sotto il nome di sepsi tubercolare acutissima e preferirebbe che, invece di *linfatismo*, PONTANO dicesse *scrofolosi*.

Il prof. ANTONELLI ritiene opportuno restringere la sindrome di tifobacillosi alla descrizione fattane dal Landouzy.

Il prof. PONTANO risponde al prof. ARCANGELI che non tutte le febbri di origine tubercolare nascoste sono da riportare al concetto patogenetico di tifobacillosi. Nei suoi casi l'esame clinico era negativo; tale si è mantenuto anche quando sulla guida dell'esame radiologico, portò l'esame sull'ilo. Ricorda che nell'adulto la sindrome ilare e mediastinica sogliono essere mute e che la letteratura dei sintomi speciali di tali localizzazioni è dovuta soltanto a pediatri, perchè solo nel bambino la sintomatologia è apprezzabile. Conviene col prof. ALESSANDRINI che non è facile interpretare radiologicamente tutte le ombre che si possono mettere in evidenza in corrispondenza dell'ilo polmonare, ma pone in rilievo l'imponenza della sintomatologia radiologica dei suoi casi, per i quali ebbe anche l'assenso del prof. BUSI.

È d'accordo col prof. ANTONELLI nel restringere il numero dei casi di pura tifobacillosi nel concetto di Landouzy, sindrome nella quale è la negatività degli esami completi e minuziosi che autorizza il diagnostico.

Ringrazia il prof. DIONISI per l'intervento nella discussione e dice che la sindrome definita dai tedeschi non si può identificarla con la tifobacillosi in generale, secondo il concetto di LANDOUZY, il cui decorso può essere lieve, di media gravità, rapido, prolungato, mortale. Alla sindrome grave e mortale della tifobacillosi corrisponde la sindrome illustrata in Germania. A proposito dell'infantilismo linfatico che DIONISI vorrebbe sostituito dal concetto di scrofolosi, fa notare che la tubercolosi dell'ilo è clinicamente assimilabile alla scrofolosi; ma tutte e due le localizzazioni, con particolare sindrome clinica, sono l'esponente di un fondamento fisiopatologico che propone di chiamare infantilismo linfatico, per le peculiari proprietà del sistema lin-

fatico. Quindi scrofolosi e tubercolosi dell'ilo nell'adolescente possono restare come sindromi sorelle determinate da un unico fondamento fisiopatologico, l'infantilismo linfatico.

L'anca a scatto.

Prof. DOMINICI. — L'O. espone la sintomatologia caratteristica di questa anomalia che, descritta prima dalla scuola francese, fu poi studiata anche da tedeschi, americani e inglesi. Ricorda il caso comunicato nel 1859 alla Société de Chirurgie de Paris dal PERRIN e l'ampia discussione che ne seguì per l'interpretazione patogenetica. Presenta il proprio paziente, già operato, che conta ora 32 anni, e che fino all'età di 15 anni aveva presentato la sindrome tipica dell'anca a scatto. S'intrattiene sulla etiologia e la patogenesi di questa affezione, non ancora sufficentemente chiarita dai vari casi fino ad ora pubblicati. Sulla base delle osservazioni fatte durante l'atto operatorio, eseguito sotto anestesia locale, facendo ripetere più volte al paziente i movimenti di flessione, di adduzione, di rotazione, che producevano lo scatto, l'O. trasse la convinzione che causa di esso fosse il tendine del grande gluteo, che non aveva un decorso perfettamente normale, che venendo teso nella flessione della coscia fino a che questa raggiunga un dato angolo, ed allora, favorito dalla leggera rotazione esterna e dall'adduzione, salta in avanti sul margine posteriore del trocantere, producendo, collo sfregamento su di essi, il rumore caratteristico. L'O. si sofferma a lungo su ricerche di ordine anatomico eseguite per interpretare questo meccanismo patogenetico dell'anca a scatto.

Non segue discussione.

Stante l'ora tarda il Presidente sospende la seduta e rinvia la prosecuzione dell'O. d. G. alla prossima seduta ordinaria. Prega i soci ordinari presenti di volersi trattenere per la seduta privata.

Il Vice-Segretario: M. ALMAGIÀ.

Reale Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 29 maggio 1927.

Presidenza: Prof. GAETANO JAPPELLI, Presidente.

Trattamento delle fratture dell'omero e del femore. Risultati ottenuti con l'uso degli apparecchi Gianturco.

Prof. GIULIO GIANTURCO. — Partendo dalla constatazione di fatto che gli atteggiamenti da dare agli arti fratturati consigliati dai vari AA. come i migliori nei diversi tipi di frattura, consentono risultati solo approssimativamente esatti, l'O. ha fatto costruire i suoi apparecchi in maniera tale che sia possibile fare assumere all'arto fratturato quell'atteggiamento che sotto lo schermo radioscopico sia riconosciuto il migliore nel caso particolare. A dimostrazione di quanto ha esposto presenta ammalati e radiografie.

Le tifo-agglutinine nei piccioni a riso brillato.

Dott. G. MARINELLI. — Vista la disparità di risultati dei diversi sperimentatori che hanno studiato l'influenza delle diete prive di vitamine sulla produzione di anticorpi specifici, l'O. ha istituito in proposito delle esperienze sui piccioni tenuti a dieta di riso brillato, ed inoculati alla comparsa dei primi sintomi carenziali con antigene tifico.

Essendosi previamente assicurato che il siero di sangue dei piccioni normali non ha potere agglutinante sul B. tifico, e che questo potere non compare per il semplice stato carenziale; egli ha potuto notare che il piccione in avitaminosi, inoculato con antigene tifico, produce agglutinine specifiche per il B. tifico in quantità molto minore che non il piccione normale. Inoltre queste agglutinine del piccione avitaminizzato sono molto lente all'azione, rivelandosi nelle maggiori diluizioni del siero soltanto dopo 24 ore; e persistono nel sangue dell'animale un tempo molto più breve che non nei controlli. Questi risultati si distaccano abbastanza nettamente da quelli di altri sperimentatori che hanno eseguite ricerche consimili.

Epidemia dissenteriforme in un asilo di alienati.

Dottori G. ASCIONE e G. MARINELLI. — Durante l'epidemia dissenteriforme verificatasi nello scorso inverno tra gli alienati a Miano, fu isolato dalle feci degli infermi (7 volte su 20) un bacillo, dotato di vivace movimento oscillatorio, Gram-negativo, patogeno per il coniglio e anche per via orale per la cavia, nella quale determina quasi le stesse lesioni riscontrate nel cadavere umano.

Si differenzia dai bacilli dissenterici perchè attacca il glucosio con produzione di acidi e gas e non fermenta la mannite, oltre che per proprietà serologiche; e si differenzia per altri caratteri dai para-dissenterici finora descritti. Tra questi ultimi si avvicina, sopratutto per l'azione patogena negli animali e nell'uomo, ai tipi isolati da DE MORGAN, coi quali però non può essere identificato per la mancata produzione di indolo e per il comportamento verso gli zuccheri.

Le vaccinazioni, praticate con questo germe in un gruppo di ammalati, hanno dato resultati incoraggianti, sia nelle forme iniziali sia in quelle più avanzate, tanto più se si confronta l'andamento di questi infermi con quello dei non vaccinati.

A. CHISTONI.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Adunanza del 2 giugno 1927.

Presiede il prof. DE-VECCHI.

Di una modificazione nell'agglutinabilità del b. di Eberth in seguito a trattamento con immunosiero.

Dott. G. MENNONNA. — L'O. ha separatamente coltivato, nelle medesime condizioni sperimentali, un ceppo di cultura di bacillo di Eberth, un ceppo derivato dal medesimo tenuto in contatto col siero di coniglio idrovaccinato ed un ceppo eguale tenuto in contatto col siero di coniglio lipovaccinato. Mentre questo ultimo aveva sotto ogni rispetto un comportamento eguale al controllo, il secondo ceppo, quello cioè tenuto in contatto col siero di coniglio idrovaccinato, presentava un comportamento più o meno diverso. Le patine su agar ai primi trapianti erano più esili; le culture in brodo si sviluppavano preferibilmente sul fondo; la mobilità dei germi era alquanto ridotta; essi andavano soggetti al fenomeno dell'agglutinazione spontanea. Tali modificazioni sono conseguenza della azione del siero batteriolitico usato.

Osservazioni su alcuni interventi chirurgici per malattie del duodeno.

Prof. V. PUCCINELLI. — L'O. comunica 11 casi di peritoniti da perforazione di ulcera duodenale trattati dal 1921 ad oggi.

Degli 11 casi, cinque sono stati operati nelle prime sei ore, quattro nelle seconde sei ore, uno dopo sedici ore e uno dopo 24 ore. Nove sono stati trattati con la sutura dell'ulcera e gastroenterostomia posteriore e sono tutti guariti; tre di questi hanno dato notizie (dopo sei anni, dopo quattro e dopo tre anni dall'operazione) e sembrano guariti anche dell'ulcera; uno, quello operato dopo 16 ore, è stato trattato con la sola chiusura dell'ulcera ed è morto in terza giornata con i segni di una nuova perforazione; l'ultimo, quello operato dopo 24 ore, è guarito bene, benchè l'intervento sia stato limitato, per le condizioni gravi, ad un semplice tamponamento sottoepatico. L'O. perciò, dopo aver riferito le opinioni di Moynihan, Deaver e Finney sul trattamento delle perforazioni duodenali, conclude che è bene non partire da presupposti metodici, ma di regolarsi caso per caso, tenendo presente che il trattamento appropriato può dare garanzie assolute o quasi di guarigione.

Riassume poi quattro casi di stasi cronica duodenale trattati con la duodeno-digiunostomia e guariti bene. In tre casi si trattava di compressione della terza porzione duodenale, probabilmente esercitata dal peduncolo mesenterico e sono stati trattati con la duodeno-digiunostomia sottomesocolica; l'altro caso invece era dovuto ad una piega ad angolo molto accentuata tra prima e seconda porzione duodenale con grave dilatazione della prima porzione ed è stato trattato con duodeno-digiunostomia antecolica.

Su una particolare disposizione che assumono nelle iridocicliti gli essudati che si depositano sulla cristalloide anteriore, e sul suo significato prognostico.

Prof. A. BUSACCA e dott. G. MELLI. — Il fatto osservato ha precipuamente un valore prognostico. Trattasi di depositi di essudato sulla faccia libera della cristalloide di pazienti affetti da iridociclite; osservati con la lampada a fessura, e col microscopio corneale, tali essudati si presentano come stelle, granuli o filamenti depositati unicamente sulla porzione pupillare della superficie anteriore del cristallino. L'esame accurato di tali occhi vale molto per formulare la prognosi, e viene praticato nel seguente modo: se dilatiamo la pupilla si constata l'assenza di tali essudati in tutta la zona di cristallino precedentemente ricoperta dall'iride; ora, mantenendo la dilatazione artificiale per qualche giorno, nuovo essudato tende ad occupare anche questa porzione, ma suole rimanere libera una zona che corrisponde proprio alla periferia del campo pupillare a pupilla ristretta, quando trattasi di forme che si avviano a buon esito, mentre nelle forme gravi, o durante le esacerbazioni, anche questa zona anulare viene coperta di essudati. Analogo è il comportamento in quei casi in cui già esistono sinechie posteriori: se mediante i midriatici riusciamo a rompere le aderenze, compare la zona anulare sgombra nei casi che tendono a riassorbirsi, mentre se le aderenze tendono ad organizzarsi, si può rischiarare la porzione centrale della cristalloide, ma non la predetta zona anulare.

P. M. N.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Due casi di ganglio del menisco esterno ed un caso di ganglio del menisco interno.

Pelizaeus (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1926, Bd. 199, Heft 6, S. 426) ha trovato descritti nella letteratura solo altri 25 casi di gangli dei menischi, tra i quali uno solo appartenente al menisco interno.

Si tratta perciò di un'affezione rara, la quale colpisce più frequentemente i maschi (75 %), intorno ai 25 anni. Nel 50 % dei casi aveva preceduto un grave trauma. I sintomi subbiettivi si limitano a dei dolori nel ginocchio, la cui funzionalità è lievemente disturbata. Obbiettivamente si riscontra nel lato interno od esterno del ginocchio, a livello dell'interlinea articolare, una tumefazione semisferica od ovale, grande da un pisello ad una piccola noce, di consistenza duro-elastica, per lo più fluttuante, saldamente unita alla tibia, dolente quasi sempre alla pressione. Non versamenti nè altre modificazioni a carico dell'articolazione. Anatomo-patologicamente la tumefazione, che si impianta per lo più con larga base sul margine più spesso del menisco, è costituita da numerose cisti piene di una sostanza gelatinosa, le quali si notano anche nei due terzi esterni della parte media del menisco; del resto le modificazioni degenerative di quest'ultimo appaiono già dal suo colore gialliccio. Il reperto microscopico è quello degli ordinari gangli policistici.

Quasi tutti gli autori considerano come unico fattore etiologico il trauma (cisti degenerative traumatiche), sia che questo danneggi immediatamente il menisco nella sua nutrizione, sia che produca in primo tempo emorragie intrameniscali (analogia con le cisti cerebrali postemorragiche).

La preferenza che l'affezione mostra per il menisco esterno, contrariamente a quanto accade per tutte le altre lesioni dei menischi, viene spiegata da Riedel con il più forte carico che graverebbe sul menisco esterno. Alcuni invece interpretano questi gangli come veri tumori (artromi), che si originano da residui embrionali degli abbozzi articolari, cui il trauma darebbe un impulso di accrescimento.

Una guarigione sicura si ottiene soltanto con l'asportazione della tumefazione insieme con il menisco, poichè non solo la separazione del ganglio dal menisco, ma anche la resezione di questo espongono a recidive.

V. GHIRON

Nodosità iusta-articolari luetiche.

Jessner (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, n. 1, 1927) ha osservato tre casi di questa forma morbosa che cedettero rapidamente al trattamento. Si tratta di nodosità che risiedono per lo più attorno alle grosse articolazioni (gomito, ginocchio, piede ecc.); sono sottocutanee, rotonde, grandi da un pisello a un uovo, talora plurime, per lo più mobili sui piani profondi, possono aderire alla pelle o al periostio. Di consistenza varia, dura o cartilaginea, o spugnosa, o pastosa. Sono indolenti. Compaiono dall'11º mese a 29 anni dopo l'infezione; possono durare anni senza tendere a ulcerarsi.

Istologicamente: si tratta di tessuto fibroso, al centro di un tessuto jalino povero di nuclei, simile a cartilagine. I vasi sono spessi e il loro lume può essere obliterato; vi sono infiltrazioni di linfociti e plasmociti, cellule epitelioidi e cellule giganti rare.

La diagnosi differenziale è difficile sopra tutto con le nodosità del *pian;* si fa la diagnosi con le altre nodosità per la R. Wassermann e l'efficacia della cura specifica.

L. TONELLI.

TERAPIA.

Indicazioni per il salasso.

W. Kollert (*Wien. Klin. Wochenschr.*, n. 13, 1927) osserva che il salasso agisce sulla pressione e sulla composizione del sangue. Non modifica la pressione arteriosa normale, una pressione arteriosa bassa può invece venir pericolosamente abbassata da un salasso di media entità. Nei casi di ipertensione il salasso riesce utile soltanto quando esistono crisi vasali; è inutile o dannoso nei casi di ipertensione stabilizzata e costante. Nei casi di crisi vasali, il salasso è assolutamente indicato quando il paziente ha accessi in cui ha la sensazione di vedere rosso; può essere utile anche in quei casi in cui il paziente avverte accessualmente un senso di pressione nella testa come se questa volesse scoppiare. Utile è il salasso in casi di aumentata pressione venosa; particolarmente nei pazienti con stasi epatica, polmone da stasi, edema cerebrale iniziale. Se i pazienti hanno polso filiforme e cianosi intensa essi risentono un notevole vantaggio dal salasso se questo è preceduto dall'iniezione endovenosa di 1/2 milligrammo di strofantina. Anche in quelle malattie che determinano una dilatazione dell'aorta riesce utile il salasso; piccoli salassi (p. es. 100 cmc.) attenuano spesso notevolmente

la tormentosa tosse stizzosa di questi pazienti. Il salasso modifica anche la composizione chimica del sangue.

Dopo il salasso entrano nella circolazione liquidi dai tessuti per cui globuli rossi e bianchi si trovano in un primo tempo ad essere diminuiti. In seguito entrano in circolo cellule giovani della serie rossa e della serie bianca. La diluizione del sangue ne diminuisce la viscosità; si altera anche il rapporto tra i colloidi del plasma e l'acqua circolante: ne risulta una diuresi più facile. Con l'acqua entrano nella circolazione anche elettroliti e anolettroliti: sostanze accumulate nelle cellule si mobilizzano dopo il salasso ed entrano nella circolazione. Così dopo un salasso praticato ad un paziente uremico, le scorie del ricambio e specialmente l'urea accumulati nei tessuti vengono portati nella circolazione dall'acqua che penetra nel plasma: ne risulta un aumento dell'azoto residuo nel sangue. Nell'uremia vera il salasso talvolta non è privo di pericoli perchè l'uremia si accompagna spesso ad una grave anemia. Il salasso dà invece buoni risultati nell'uremia eclamptica. Nella polmonite il salasso è indicato se minaccia l'edema polmonare; anche l'edema polmonare nelle intossicazioni da gas viene utilmente influenzato dal salasso. Il salasso è utile in tutte le intossicazioni in cui è inibita l'assunzione di ossigeno da parte dell'emoglobina (intossicazione da acido carbonico, intossicazioni che formano metaemoglobina). Nei casi di insolazione il salasso è raccomandabile perchè esso combatte l'edema polmonare e cerebrale, vi si associa utilmente la puntura lombare.

Pollitzer

Gli incidenti della diatermia.

I due pericoli della diatermia sono le ustioni superficiali e l'ipertermia intensa.

Le prime possono derivare dal cattivo adattamento degli elettrodi, oppure dalla rottura o dallo spostamento di un filo. Il malato percepisce subito l'anomalia dovuta alla ustione; le scintille sono dei veri cauteri e le ustioni che ne risultano sono di lenta cicatrizzazione.

Più grave è l'ipertermia, per la quale, Laquerrière (*Journal médical français*, 4 aprile 1927) riconosce che in certi casi si è costretti all'amputazione di un arto. I fisioterapisti debbono quindi prendere le precauzioni necessarie nella applicazione della diatermia.

fil.

SEMEIOTICA.

Ulteriore osservazione di riflessi addominali di tipo patologico.

G. H. Monrad Krohn (*Acta Med. Scand.*, volume LXV, 5-6) distingue dal riflesso addominale normale, essenzialmente unilaterale, provocabile con l'eccitazione cutanea blanda, e manifestantesi con deviazione più o meno marcata dell'ombelico e della linea alta, il riflesso addominale patologico. Questo appartiene ai riflessi di automatismo spinale, e si associa generalmente ad altri riflessi del genere (riflessi di flessione od estensione degli arti inferiori).

Le sue caratteristiche speciali sono le seguenti:

1) tendenza alla contrazione bilaterale, per cui può essere chiamato: « riflesso di retrazione », mentre il normale è piuttosto: « riflesso di deviazione unilaterale »;

2) periodo di latenza spesso prolungato;

3) minore elettività dello stimolo richiesto per provocarlo;

4) indipendenza dallo stato anatomico delle vie piramidali.

Le osservazioni di questo riflesso patologico sono piuttosto rare, per cui l'A. ne riporta una riguardante un paziente affetto da paraparesi di tipo piramidale, nel quale i riflessi addominali erano stati assenti per lungo periodo. A un dato momento si riuscì a provocare, con stimoli di varia specie, applicati in qualsiasi punto dell'addome, un riflesso patologico in forma di contrazione della metà destra e rigonfiamento della sinistra. Lo stimolo migliore era rappresentato dal freddo e dal punzecchiamento.

L'importanza di questa manifestazione patologica sarebbe data dalla contrazione limitata sempre alla metà destra. La non compartecipazione dell'altra metà sarebbe stata invece dovuta a lesione del neurone motore più basso del quadrante inferiore di sinistra, come lo comprova la reazione degenerativa all'esame elettrodiagnostico.

M. Faberi.

Il riflesso rotuleo nell'encefalite letargica.

Malgrado la grande importanza che ha il riflesso rotuleo, pochi tentativi sono stati fatti allo scopo di determinare esattamente le variazioni che esso subisce nell'uomo sano e nel malato. J. S. Harris (*The Lancet*, 7 maggio 1927) ha cercato non solo di studiare il comportamento del riflesso rotuleo in diversi casi di encefalite epidemica, ma anche di stabilire le eventuali modificazioni del riflesso stesso in seguito alla somministrazione di joscina e di stramonio. All'uopo l'A. si è servito d'un apparecchio spe-

ciale, che permette di ottenere la rappresentazione grafica dei movimenti della gamba, consecutivi all'eccitamento del tendine. Il tracciato mostra tre curve distinte: due al disotto e una al disopra della linea assiale. La prima di dette curve (situata al disotto della linea assiale) corrisponde al movimento in avanti della gamba, che si verifica immediatamente dopo l'eccitamento del tendine. La seconda curva (situata al disopra della linea assiale) rappresenta il movimento di ritorno della gamba alla posizione di riposo, che segue al rilasciamento dei muscoli estensori. La terza curva infine (situata al disotto della linea assiale) rappresenta un movimento secondario in avanti della gamba. L'A. ha esaminato con il metodo grafico su descritto il comportamento del riflesso in 18 malati di encefalite letargica e in alcuni pazienti affetti da *dementia praecox*. E in base alle osservazioni fatte perviene alle seguenti conclusioni:

1) nella maggior parte dei casi di encefalite letargica, e specialmente in quelli con sintomi di parkinsonismo, il riflesso rotuleo si dimostra spiccatamente anormale;

2) in seguito alla somministrazione di joscina, la quale riesce particolarmente utile nei casi suddetti, si nota che il riflesso rotuleo si approssima molto al normale;

3) all'opposto, nei casi di *dementia praecox* catatonica con rigidità spiccata, nei quali il riflesso rotuleo pur presenta molte delle anomalie riscontrate nel parkinsonismo encefalitico, la joscina non riesce ad esercitare alcuna modificazione sul comportamento del riflesso.

N. MARZO.

IGIENE.

Apparecchi frigoriferi domestici.

Il problema della conservazione delle sostanze alimentari durante la stagione calda è della massima importanza per l'igiene e per l'economia domestica. Carni, latte, brodo, ecc., con l'elevata temperatura esterna, subiscono rapide alterazioni, che li rendono inadatti al consumo. Nelle famiglie più modeste, si sceglie l'angolo più fresco della casa, si lasciano i cibi esposti alla finestra durante la notte, ma con scarsi risultati, poichè le temperature minime dell'estate sono sempre più che sufficienti per permettere un rapido sviluppo di germi saprofiti, che inducono le note alterazioni delle sostanze alimentari. Nei ristoranti, nelle macellerie, nelle comunità, sono installate delle ghiacciaie, grandi casse a pareti ben rivestite con materiali cattivi conduttori del calore, con recipienti in cui si mette il ghiaccio in colonne; vi sono anche dei modelli piccoli per famiglie, che da noi sono poco usati.

Anche la ghiacciaia, però, non risolve molto bene il problema. La temperatura che vi si può ottenere non è molto bassa e, specialmente nei tipi piccoli, è raramente inferiore a 10°-12°; inoltre l'ambiente vi si mantiene sempre molto umido, per il condensarsi del vapor acqueo sulle superfici fredde, ciò che porta non pochi inconvenienti.

Recentemente, sono stati costruiti degli apparecchi, che sono di costruzione semplice e di facile maneggio, sicchè potranno essere largamente utilizzati, quando i prezzi, che attualmente si aggirano sulle 6-8 mila lire, saranno resi più accessibili.

Trattasi di piccole macchine frigorifere, che sono messe in azione con la corrente elettrica dell'impianto domestico.

È noto che vi sono due tipi di macchine frigorifere, le une a compressione, le altre ad assorbimento.

Nelle prime, si ha un compressore, che aspira un gas, che può liquefarsi (ammoniaca, anidride solforosa, cloruro di metile, anidride carbonica) e lo comprime fino ad una certa pressione, spingendolo ad un condensatore ad acqua, dove il gas si liquefà. Il liquido frigorigeno passa in seguito in un evaporatore in comunicazione con la condotta di aspirazione del compressore. Quest'ultimo, aspirando una certa quantità di gas, produce l'evaporazione di una quantità equivalente del liquido; a tale evaporazione corrisponde un assorbimento di calore e, quindi, la produzione del freddo.

Queste macchine sono più che altro adatte per la grande industria frigorifera. Le macchine ad assorbimento invece possono essere costruite in modo tale da rispondere anche ai bisogni domestici. In esse, si ha una soluzione satura di ammoniaca che viene riscaldata per mezzo di una resistenza elettrica. Si libera così dell'ammoniaca che, dopo avere abbandonato tutto il vapor acqueo, si liquefà in un condensatore ad acqua.

L'ammoniaca liquida passa in seguito ad un evaporatore, cadendo in modo da favorire l'evaporazione a cui corrisponde l'assorbimento di calore e la produzione del freddo. L'evaporatore può quindi raffreddare l'ambiente in cui è collocato, che è l'armadio frigorifero. Con altri dispositivi, l'acqua riassorbe l'ammoniaca evaporata e si ricomincia così il circuito.

Nell'apparecchio non vi sono valvole, nè pompe e la circolazione dei liquidi e dei gas è assicurata per il fatto di essere in un'atmosfera di idrogeno.

L'evaporatore, in cui si produce il freddo, è contenuto in un recipiente con acqua glicerinata incongelabile, la quale ripartisce le frigo-

rie all'interno della ghiacciaia e, con la sua massa, costituisce un accumulatore di freddo ed un regolatore della temperatura, per cui il funzionamento può essere fino ad un certo punto discontinuo. Nei serbatoi vi sono poi dei cassetti in cui si mette dell'acqua e si possono così ottenere dei cubetti di ghiaccio.

La superficie del recipiente contenente l'acqua ghiacciata è inferiore a 0°, sicchè il vapor acqueo vi si condensa sopra in brina; ne viene di conseguenza che l'atmosfera interna è perfettamente secca, ottima condizione per la conservazione delle sostanze alimentari.

Con un funzionamento giornaliero di 8-10 ore, si può ottenere una temperatura interna da 0° a 5°, più che sufficiente per assicurare una buona conservazione; con un funzionamento continuo, si ottiene una temperatura inferiore a 0°.

L'apparecchio è costruito in ferro elettrolitico, inattaccabile dall'ammoniaca, con saldature autogene, per cui non si ha nessuna perdita.

Il funzionamento necessita una sorgente di calore, elettricità o gas. Per la prima, si ha un consumo di 300 vatt/ora, con il secondo di litri 85/ora. È anche necessaria la circolazione di acqua di 25 litri/ora.

Il funzionamento continuo ed automatico è assai semplice. Il principale inconveniente, oltre a quello già accennato del prezzo, è la possibilità, sia pure piccola, che il dispositivo che interrompe automaticamente il riscaldamento quando è raggiunta una certa temperatura, non funzioni a dovere e che si raggiunge quindi nell'interno dell'apparecchio una pressione troppo elevata. FILIPPINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. A. M., da G.:

Il n. 6 (dell'ottobre-dicembre 1926) del Bollettino della Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi, che porta gli atti del I Congresso della Società di studii scientifici sulla tubercolosi, tratta diffusamente della tecnica e delle indicazioni dello pneumotorace.

Rivolgersi: Roma, via Toscana 12, Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi. Segreteria. G. MENDES.

VARIA.

Donne medichesse.

Il numero delle donne che si orientano verso le carriere scientifiche — scrive l'*Excelsior* — aumenta ogni anno più. Nel 1925 si contavano in Italia 552 donne iscritte alla Facoltà di scienze: nel 1926 sono state 675. Alla Facoltà di medicina erano iscritte 874 studentesse nel 1925 e 897 nel 1926.

Le donne dottoresse in medicina in Francia si contano a centinaia: non tutte però esercitano, e ce ne sono di quelle che, maritate a medici, limitano la loro collaborazione alla direzione materiale di una clinica.

Anche il numero delle donne dentiste va aumentando: l'anno passato frequentarono la scuola dentaria a Parigi 239 donne. E si dice che le donne dentiste siano preferite: in provincia esse hanno delle buone clientele, e, pare, sposino anche facilmente.

Le medichesse inglesi.

In un recente articolo M. Robinson richiamava l'attenzione sull'esuberanza di medichesse in Inghilterra; il loro numero supera le possibilità di occupazione. Ad esempio la richiesta di 2 posti di medichessa in un ospedale infantile, con lo stipendio di 600 e di 500 sterline, determinò 48 offerte, mentre una richiesta simile per medici determinò solo 12 offerte.

La situazione è tanto più deplorevole, in quanto già esiste una forte pletora di medici: l'ultimo albo generale (Medical Register) porta più di 53.000 nomi; al tempo stesso la morbosità va di continuo riducendosi, limitando il campo di attività dei medici.

Il Robinson invoca l'esempio di alcune Scuole mediche degli Stati Uniti, ove si è deciso di limitare il numero delle iscrizioni a quel tanto compatibile con un proficuo insegnamento pratico.

Al Robinson ha replicato lady Barrett, decana della Scuola medica femminile di Londra; ella osserva che la produzione di medichesse non è superiore alle richieste. Il forte numero di candidate ai posti ospedalieri deve attribuirsi alla circostanza che le medichesse vi sono ammesse in proporzione molto minore degli uomini; ma un'inchiesta condotta tra le 224 diplomate nel triennio 1923-25 ha dato 216 risposte, le quali provano che solo 33 diplomate erano senza occupazione stabile, ma 18 di queste l'avevano già avuta e poi l'avevano abbandonata, in seguito a matrimonio, all'esercizio libero od a sistemazioni varie.

Le medichesse di Vienna.

Nel 1926 erano registrate a Vienna 383 medichesse, contro 326 nel 1925, il che segna un aumento del 20 %; al tempo stesso il numero dei medici è aumentato solo del 2 %.

Il numero totale dei medici di Vienna compresi gli specialisti, ammonta a 3688; le donne vi figurano dunque con più del 10 %.

Nell'ultimo semestre invernale della Facoltà medica le studentesse sono state 361, ossia il 15 % del totale, il che prova che la proporzione tende ad aumentare.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXIX. - Licenziamento per fine del periodo di prova: termine.

Il licenziamento del medico condotto, per fine del periodo di prova, deve essere deliberato almeno tre mesi prima del compimento del biennio, il quale decorre dalla data della effettiva assunzione in servizio. Si è discusso della legittimità del licenziamento deliberato con anticipazione notevole, in rapporto al termine legale: per es., cinque mesi prima del biennio.

Con altra nota, riferendoci a decisioni del Consiglio di Stato, esponemmo le tesi opposte. In sostanza: secondo la prima tesi, l'amministrazione non può abbreviare notevolmente la durata del periodo di prova che è stabilita dalla legge, con norma imperativa, al fine di rendere possibile una completa valutazione delle attitudini specifiche del medico condotto. Questi ha diritto di completare la prova e di essere giudicato quando è compiuto quel periodo di tempo che la legge considera necessario e sufficiente allo scopo di una adeguata valutazione. Secondo l'altra tesi, la legge stabilisce che il licenziamento deve essere deliberato almeno tre mesi prima, ma non esclude che il Comune possa provvedere con anticipazione, qualora abbia già sufficienti elementi di giudizio, purchè, s'intende, non sia frustrato lo scopo della prova.

La controversia si è ripresentata recentemente innanzi alla V Sezione del Consiglio di Stato, la quale, con decisione 21 gennaio 1927 n. 20, ha precisato una risoluzione che si può considerare, in linea di massima, definitiva: il licenziamento può essere deliberato anche prima del ventunesimo mese dall'assunzione in servizio, purchè però la durata dell'esperimento, in relazione alle circostanze del caso, si ravvisi congrua per il giudizio dell'amministrazione sull'opera del sanitario. In sostanza, l'anticipazione non costituisce illegalità formale, in quanto non vi è disposizione di legge che stabilisca oltre il termine massimo quello minimo per il licenziamento; ma dal punto di vista dell'eccesso di potere, l'anticipazione può costituire deviazione se sia tale da non corrispondere ai fini della legge. Si deve quindi giudicare caso per caso, in relazione alla entità dell'anticipazione e alle circostanze concrete dalle quali eventualmente possa già risultare una prova negativa, se il provvedimento anticipato sia legittimo o se sia viziato da eccesso di potere.

Nel caso deciso dalla V Sezione con la sentenza 21 gennaio 1927 fu dichiarata legittima la deliberazione presa dopo diciotto mesi dall'assunzione in servizio, essendosi ritenuto che la durata della prova fosse sufficiente.

XXX. - Sospensione deliberata dal Prefetto.

In base all'ultimo comma dell'a. 39 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889, concernente la riforma degli ordinamenti sanitari, contro il provvedimento prefettizio che commina una sospensione al sanitario, superiore a tre mesi, è ammesso ricorso anche nel merito al Consiglio di Stato in s. g. Con ciò il legislatore ha voluto stabilire una procedura speciale, diretta e più rapida per la impugnativa di decreti prefettizi, sottoponendoli direttamente alle sezioni giurisdizionali del Consiglio di Stato omisso medio (Conf. a. 4 del R. D. 27 maggio 1923 n. 1177 e a. 43 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889, portante riforma della legge comunale e provinciale, art. perfettamente identico a quello sopra indicato.

Nè di fronte a tale speciale disposizione può fare ostacolo l'a. 4 del T. U. 26 giugno 1924 numero 1058 che è una norma di carattere generale e trae la sua origine e le stesse sue parole dall'a. 16 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2840 trattandosi di due disposizioni contemporanee, contraddistinte solo dalla progressività del loro numero (a. 39 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889 e 16 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2840).

Il decreto del Prefetto che applica punizioni disciplinari ai sanitari non è suscettibile di ricorso gerarchico al ministro dell'interno, ma è provvedimento definitivo.

L'art. 39 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889 prescrive la contestazione degli addebiti e il parere del Consiglio Provinciale Sanitario nel caso di sanzioni superiori alla sospensione dello stipendio per un mese. Non prevede il diritto dell'interessato a presentare per iscritto e anche a voce le sue discolpe al Consiglio medesimo, come stabilisce l'a. 42 del regolamento sanitario 19 luglio 1906 n. 466; ma nessuna ragione di incompatibilità sussiste per dovere escludere l'applicabilità dell'a. 42 del regol. che rientra fra le garanzie fondamentali di difesa.

Devesi quindi annullare il decreto del prefetto, che infligge la sospensione dallo stipendio superiore ad un mese, senza che il Consiglio sanitario abbia udito l'incolpato che aveva fatto espressa domanda di essere inteso. (Consiglio di Stato, Sezione IV).

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia.

Si porta a conoscenza degli iscritti al Sindacato che di qualunque iniziativa a carattere scientifico-sociale-culturale-assistenziale che si ricolleghi a conferenze, o corsi di istruzione o di perfezionamento, deve essere preventivamente informato il Sindacato, affinchè l'iniziativa venga sempre svolta in collaborazione di esso, in conformità delle precise direttive enunciate nell'ultimo Congresso Nazionale Medico Fascista.

La ragione del provvedimento va ricercata nell'assoluto desiderio dei dirigenti del Sindacato di coordinare tutte le forze e le attività scientifiche per il raggiungimento degli scopi sanitari indicati dal Duce nel discorso del 26 maggio.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGRIGENTO. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Canicattì; scad. 15 ag.; vedi fasc. 28.

ASCOLI PICENO. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Fermo; v. fasc. 31. Scad. 20 ag.

ARZANA (*Nuoro*). — A tutto 30 ag.; tassa L. 50; serv. entro 15 gg.; L. 9000 per 1000 pov., addizion. L. 5; per uff. san. L. 500; indenn. c.-v. in L. 1400 soggetta a riduzioni.

BARI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Monopoli; scad. 31 ag., ore 14; ab. 25,195; L. 14,000 aumentabili a 16,800 per effetto di 2 quadrienni; divieto libero eserc. tranne consulenze; obbligo eventuali funzioni med. di porto; titoli ed esami; età lim. 45 a.; docum. a 3 mesi dal 10 lug. Chiedere annunzio.

CALCIO (*Bergamo*). — Kmq. 15.47; ab. 4057; pov. c. 1000; L. 6000 (*sic*) e 5 quinq. dec.; L. 2000 trasp.; L. 700 uff. san.; L. 500 Ospedale Zanoncelli; scad. ore 17 del 30 ag.; tassa L. 50.10; accettaz. entro 8 giorni.

CARRARA. *Congregazione di Carità.* — Medico primario e chirurgo primario del Civ. Ospedale; al 31 ag.; v. fasc. 29.

CASOLE D'ELSA (*Siena*). — 1ª cond. (capoluogo); L. 8500 e 6 quadrienni dec.; p. cavalc. L. 3500; c.-v. mobile. Scad. 13 ag.

CASTELVETRO (*Modena*). — Scad. 30 ag.; 2º reparto; L. 8500, oltre L. 2500 trasp. (cavallo, automob. o motocicl.).

ENDENNA (*Bergamo*). — Consor. 6 com.; scad. 31 ag.; L. 9000, oltre L. 3000 cav., L. 700 uff. san., c.-v.; tassa L. 50.15.

FAENZA. *Congreg. di Carità.* — A tutto il 15 ag. Aiuto chirurgo presso l'Osped. Civ.; L. 7000, c.-v., eventuale supplemento; età mass. 35 a.; tassa L. 50. Docum. a 3 mesi dal 4 lug. Nom. biennale. Chiedere annunzio.

GERA (*Como*). — Al 15 ag.; ore 16; consor. 5 com., ab. 2491; tassa L. 50; L. 10,000 per 400 pov.; 4 quinquenni dec.; addizionale; L. 900 uff. san.; L. 500 ambulat., indenn. trasp.; tariffa abbienti. Chiedere annunzio.

LUCCA. *RR. Spedali ed Ospizi.* — Aiuto di chirurgia; assistente di chirurgia; assistente di medicina; L. 3000 (*sic*) annue per ciascuno dei tre posti, oltre L. 500 supplettive per l'aiuto; L. 20 ogni guardia; 15% tasse operazioni. Scad. ore 17 del 16 ag. Età lim. 30 a. Per l'aiuto 4 anni di servizio effettivo in Sezione Chirurgica di Ospedale. Chiedere annunzio.

MONTAGGIO (*Genova*). — Scad. 1º sett.; L. 9600 e 10 bienni, oltre L. 500 uff. san., L. 300 bicicl.

MOSCIANO S. ANGELO (*Teramo*). — Scad. 31 ag.; per Ripattoni; L. 7000, oltre L. 2700 trasp.; se uff. san. L. 500; 4 quadrienni di L. 500; età lim. 45 a. al 12 lug.; tassa L. 50.

PERSICETO (*Bologna*). — Al 15 ag.; v. fasc. 28.

PIEVE DI CADORE (*Belluno*). — A tutto 15 ag.; v. fasc. 31.

POLLENZA (*Macerata*). — Al 15 ag.; v. fasc. 31.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — 11 assistenti; docum. alla Segreteria generale entro le ore 16 del 31 ag.; età lim. 30 a.; tassa L. 50; chiedere annunzio. Stip. L. 4500 (*sic*) e c.-v.

S. FERDINANDO DI PUGLIA (*Foggia*). — Scad. 20 agosto; stip. L. 9000, con 5 aumenti quadriennali 10%; età non superiore 45 a., salve eccezioni legge. Tassa L. 50.10. Per ulteriori informazioni rivolgersi Segreteria com.

SANSEVERO (*Foggia*). — Scad. 20 ag.; L. 9200 e 5 quadrienni 10%; c.-v.; età lim. 35 a. Tassa L. 50.15. Rivolgersi Segreteria com.

SASSARI. *R. Prefettura.* — A tutto il 15 sett.; uff. sanit. di La Maddalena, per titoli ed esami; L. 6000; tassa L. 50.20; età lim. 45 a. salvo eccez. legge. Docum. rito alla Prefettura.

SENOSECCHIA (*Trieste*). — Al 15 sett.; con Crenovizza; L. 11,000 e 4 quinquenni; c.-v.; L. 3000 trasp.; L. 1000 p. uff. san.; 50 kmq.; ab. 4179; iscritti 400 c. Età lim. 35 a.; tassa L. 50.10.

TARQUINIA (*Roma*). — Proroga a tutto 24 ag.; vedi fasc. 29.

TORRICE (*Frosinone*). — 2ª condotta; L. 9500; ab. 6000 c.; 6 km. dal capol.; ospedale; farmacia. Stato di fam. Scad. 15 sett. Tassa L. 50.15. Docum. anteriori al 1º ag. Chiedere annunzio.

UMBERTIDE (*Perugia*). Scad. 31 ag.; cond. primaria; L. 8000 e 6 quinq. dec., oltre L. 600 serv. att., L. 1200 direz. Osped. Civico; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15.

VENEZIA. *Ospedale Civile*. — Chirurgo primario per la Divisione Chirurgica II; nomina soggetta a conferma o disdetta entro il 1° biennio; cessazione a 60 anni; L. 6000 (*sic*) non aumentabili, senza diritto a pensione; scad. ore 17 del 10 sett.; docum. al Protocollo. Età lim. 45 a. Docum. a tre mesi dal 28 lug. Titoli ed esami.

BORSE DI STUDIO.

Borsa di studio « A. Piperno ».

È aperto il concorso alla borsa di studio « A. Piperno » di L. 20,000 destinata ad aiutare un giovane medico di condizioni economiche disagiate, che intenda seguire il corso biennale 1927-28 di specializzazione in odontoiatria e protesi dentaria presso la R. Scuola di Milano.

I concorrenti debbono essere cittadini italiani di condizione economica disagiata, non residenti a Milano, laureati in medicina e chirurgia da non oltre due anni. Devono aver riportato negli esami universitari una media non inferiore ai 24 trentesimi. Devono impegnarsi di non esercitare la specialità se non a diploma di specialista conseguito.

Documenti dei concorsi e titoli assieme alla domanda in carta semplice, al Presidente della Federazione Stomatologica Italiana dott. Spiro Di Mento, via D'Azeglio 34, Bologna, non oltre il 30 settembre.

La Commissione aggiudicatrice, a parità di condizioni, terrà conto della tesi di laurea in tema di stomatologia, dei servizi militari di guerra e di eventuali titoli e meriti speciali dei concorrenti.

L'importo della borsa verrà corrisposto in rate bimestrali anticipate, detratte le tasse della scuola.

La seconda annualità verrà corrisposta soltanto se l'allievo abbia tenuto buona condotta, abbia superato gli esami finali di profitto del primo anno e si sia inscritto al secondo.

Qualora la Borsa per qualsiasi motivo non venisse aggiudicata, il concorso sarà rimandato all'anno successivo.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il « Franklin Institute » di Filadelfia ha assegnato due medaglie John Scott: una al dott Alfred F. Hess, clinico pediatra all'Università e al Bellevue Hospital Medical College di New York, per i suoi studi relativi all'influenza che la luce esercita sul rachitismo ed all'azione dei raggi ultravioletti sull'organismo animale e su alcuni alimenti, portando ad accrescere la produzione di vitamina specifica; un'altra al dott. Francis Peyton Rous, patologo all'Istituto Rockefeller di ricerche mediche, per gli studî che lo hanno condotto a separare, dal sarcoma dei polli, un principio filtrante capace di riprodurre la malattia (sarcoma di Rous). La medaglia Scott è di bronzo; vi sono annessi 1000 dollari.

All'Università di New York sono nominati il prof. James Kendall, direttore della Scuola medica; Isaac Levin, professore di oncologia clinica; Walter J. Highman e Clement J. Halperin, professori di clinica dermo-sifilografica; George A. Koenig, professore di clinica chirurgica.

Il prof. Abreu Fialho è nominato decano della Scuola Medica di Rio de Janeiro.

Il prof. Samuel S. Maxwell, di fisiologia all'Università di California, ha lasciato l'insegnamento ed è stato nominato emerito. Al suo posto è nominato il prof. James M. D. Olmsted, dell'Università di Toronto (Canadà).

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Associazione Professionale dei Dermosifilografi Italiani.

XIII RIUNIONE ORDINARIA.

(Montecatini, 16-17 giugno 1927).

La XIII Riunione ordinaria dell'Associazione Professionale dei Dermosifilografi Italiani si è tenuta ai Bagni di Montecatini con insolito intervento di soci, fra cui, oltre il Consiglio di Presidenza, rappresentato dal presidente prof. Piccardi, dal vice-presidente prof. Gallia e dal segretario dott. Brunetti di Torino, si notavano ben sette direttori delle Cliniche dermatologiche: professori Pasini di Milano, Martinotti di Bologna, Cappelli di Firenze, Lombardi di Pisa, Tommasi di Siena, Verrotti di Catania, Bertaccini di Perugia. Oltre a questi rappresentanti dell'insegnamento ufficiale, che non disdegnano interessarsi della vita professionale, intimamente legata al progresso scientifico ed a quel movimento di profilassi sessuale cui l'attuale Presidenza ha dato un notevole impulso, intervenne un numeroso stuolo di liberi docenti, di direttori di reparti ospitalieri dermosifilopatici, di direttori di dispensari celtici, di medici visitatori e di liberi professionisti dermosifilografi. Erano presenti i professori Artom (Novara), Bellini (Milano), Montesano (Roma), Pini (Bologna), Porcelli (Livorno), Segrè (Milano), Marcozzi (Pisa), ed i dottori Benini (Perugia), Cappellini (Bologna), Cesari (Ferrara), Chiappini (Ferrara), Adorni (Lucca), Cortona (Alessandria), De Nicola (Trieste), Donato (Taranto), Leidi (Brescia), Sberna (Firenze), Travagli (Genova), Lo Vullo (Firenze), Lucidi (Teramo), Nardetti (Trento), Novelli (Firenze), Serafini (Venezia), Vacca (Cagliari), Vittone (Torino), Norlenghi (Torino), ecc. La stampa medica era rappresentata dal dott. Oliaro, redattore del « Dermosifilografo » e di « Minerva Medica ».

La riunione si è inaugurata il 16 giugno nel Palazzo Comunale, contemporaneamente alla « Società Italiana per lo studio delle questioni sessuali » ed alla « Sezione Tosco-Umbra della Soc. Ital. di Dermat. e Sifilografia » testè costituitasi, sotto la presidenza onoraria del sen. prof. Queirolo, direttore sanitario delle Terme di Montecatini, col saluto inaugurale dell'insigne Clinico, che mette in evidenza l'indirizzo scientifico dato alle cure termali di questa grandiosa Stazione, con discorsi di ringraziamento, per la cordiale e grandiosa ospitalità ricevuta dalle autorità locali e dalla Società delle Terme, del prof. S. Baglioni, il quale espone il carattere pratico che intende assumere d'ora innanzi la Soc. di studi sessuali, seguendo le direttive del Governo Nazionale, del prof. Piccardi, che rileva la sempre maggiore affinità delle due associazioni nello studio dei problemi di profilassi sociale e del prof. Tommasi che parla per la Sezione Tosco-Umbra della Società Italiana di Dermatologia e sifilografia.

Il Congresso si è svolto nel giorno seguente, sotto la presidenza del prof. Piccardi, il quale scusa l'assenza del vice-presidente prof. Fontana e del cassiere-economo dott. Vercellino, assenti per malattia, e comunica sull'andamento dell'Associazione, più che mai florida per il crescente numero dei soci e per l'attività dimostrata, specialmente in occasione della recente « Riunione per lo studio della sifilide ereditaria », tenuta a Torino in unione agli ostetrici ed ai pediatri. Si compiace che S. E. il Capo del Governo, riconoscendo l'opera dei dermosifilografi, a vantaggio della stirpe, abbia disposto che le relazioni presentate dal presidente e dal prof. Gallia siano tenute in speciale considerazione dalla Commissione incaricata della revisione del Regolamento sulla profilassi contro le malattie veneree.

Dopo breve discussione ed un voto di plauso alla Presidenza proposto dal prof. Montesano, si passa allo svolgimento del tema ufficiale, le cui relazioni per cortese ospitalità del « Dermosifilografo » vennero stampate in antecedenza e distribuite ai soci: *La responsabilità del dermosifilografo nelle cure arsenobenzoliche.*

L'importantissimo argomento dà luogo, come era da prevedersi, a vivacissima discussione, nella quale interloquiscono i soci PINI, LEIDI, VERROTTI, MONTESANO e PASINI. Quest'ultimo, approvando pienamente le relazioni, espone brillantemente lo stato della questione che può dirsi risolta nel senso che il dermosifilografo non possa essere reso responsabile negli accidenti da arsenobenzoli, quando non abbia peccato di imperizia o di negligenza.

A queste idee si associa il prof. PELLEGRINI, titolare di Medicina Legale dell'Università di Padova, che, invitato dalla Presidenza, fa una nitida esposizione delle lesioni anatomo-patologiche nelle morti da arsenobenzolo e tratta delle responsabilità professionali dal lato medico legale, e del controllo clinico degli arsenobenzoli da parte dello Stato, venendo alle stesse conclusioni dei precedenti oratori.

Dopo qualche osservazione del PRESIDENTE riguardante le indicazioni e le controindicazioni degli arsenobenzoli e la necessità del loro uso nella lotta contro la lue, sia per la cura individuale, per la profilassi e per l'eugenica, la discussione si conchiude col seguente ordine del giorno approvato all'unanimità:

« L'Associazione Professionale dei Dermosifilografi Italiani, riunita a congresso in Montecatini il 17 giugno 1927, udite le accurate ed esaurienti relazioni Porcelli e Segrè sul tema ufficiale: *Responsabilità professionale del dermosifilografo nelle cure arsenobenzoliche*, e l'ampia discussione cui diedero luogo;

convinta che gli arsenobenzoli rappresentano i rimedi più attivi nella cura della sifilide ed i mezzi di lotta più efficaci contro tale malattia per la cura individuale, a scopo profilattico ed eugenetico, e che perciò non possono essere nè aboliti dalla terapia, nè limitati, ad onta di dolorosi incidenti, che per fortuna vanno diventando sempre più rari, con la miglior preparazione dei prodotti e con la maggior esperienza dei medici;

che la limitazione non può essere imposta a priori da speciali controindicazioni, sulle quali non esistono norme precise ed assolute, ma devono essere valutate caso per caso dalla scienza e dalla coscienza del medico;

approva le conclusioni delle suddette relazioni, che sono in armonia con recenti perizie medico-legali; ritenendo che il dermosifilografo non possa essere responsabile nè penalmente nè civilmente di eventuali incidenti disgraziati, imprevisti ed imprevedibili, quando nell'applicazione di tale metodo di cura non possa dimostrarsi la sua imperizia o la sua negligenza, come in qualunque atto dell'esercizio medico-chirurgico;

riconosciuto utile il controllo clinico degli arsenobenzoli ritiene necessario che lo Stato ne assuma la direzione e ne determini le modalità;

raccomanda i prodotti italiani, per niente inferiori agli stranieri, controllati dallo Stato, anche clinicamente, che hanno già dato ottimi risultati sia riguardo all'efficacia che alla tolleranza ».

Vengono svolte in seguito le seguenti comunicazioni:

SBERNA (Firenze). — *Le acque di Montecatini nelle malattie della pelle.*

NOVELLI (Firenze). — *Resoconto statistico sul servizio medico dei medici visitatori ai Bagni di Montecatini.*

*
* *

Il Congresso si chiude con un ringraziamento al dott. Sberna, organizzatore del Congresso, dei ricevimenti e delle gite, con telegrammi di omaggio a S. A. R. il Principe di Piemonte, alto patrono dell'Associazione Professionale, ed al Duce, animatore di ogni iniziativa a vantaggio della stirpe italiana, stabilendo come tema ufficiale del prossimo Congresso: « L'importanza del dermosifilografo nella assistenza della maternità e dell'infanzia ».

Dott. F. BRUNETTI.

NOTIZIE DIVERSE.

Le lauree « ad honorem » dell'Università di Edimburgo.

Nel numero precedente abbiamo accennato alla laurea *honoris causa* concessa dalla Università di Edimburgo al nostro redattore capo, il prof. Vittorio Ascoli.

Crediamo opportuno dare qualche maggiore particolare.

L'Università di Edimburgo, correndo il centenario della nascita del grande Lister, ha voluto, per la circostanza, insignire del titolo di dottore *honoris causa* 21 uomini eminenti nella medicina internazionale.

La cerimonia ha acquistato molta solennità, in quanto che si era adunata nella capitale della Scozia, in tale occasione, la « British Medical Association », la quale, com'è noto, comprende la quasi totalità dei medici inglesi, nel numero imponente di circa 35,000.

In tal guisa la consegna dei diplomi di laurea è avvenuta al conspetto del corpo medico dell'Inghilterra, delle colonie e dei domini.

I professori delle varie Università vestivano le rispettive toghe. Nel pubblico era rappresentata la più distinta aristocrazia maschile e femminile. L'immensa sala della Mac Ewan Hall era gremita.

Il conte di Balfour, ch'è cancelliere dell'Università di Edimburgo, personalmente ha imposto il berretto ai singoli neo-laureati *ad honorem*, dopo che il decano, James Mackintosh, ebbe per ognuno indicato le motivazioni del « massimo onore universitario » conferito.

Tra i neo-laureati sono altissime personalità della medicina e della chirurgia inglese: Donald, lord Dawson, Douglas, Hogarth, Hunter, Milroy, Moynihan, Parsons, Rolleston, Still, Trotter e Wright; e accanto ad esse, alcune personalità americane ed europee di fama mondiale: Cushing, Dana e Thayer (Stati Uniti), Tuffier (Francia), Moyerhof (Germania), Faber (Danimarca), van der Hoeve (Olanda), Naegeli (Svizzera). L'Italia, come abbiamo detto, era rappresentata in questa eletta schiera dal prof. Vittorio Ascoli.

La redazione tiene ad esprimere tutto il proprio compiacimento al suo Capo, per l'altissima distinzione testè conferitagli, la quale viene decretata solo ai massimi esponenti della medicina. Essa reca una sanzione internazionale al valore indiscusso del prof. Ascoli, il quale nel corso di un decennio ha saputo creare un grande e fiorente Istituto di Clinica medica ed ha animato la sua Scuola con un indirizzo moderno e rigorosamente scientifico. Egli con assidua, vigile e immediata opera direttiva di molti lustri, ispirata a serietà e onestà indeflettibili, ha fatto del « Policlinico » l'organo medico più accreditato e più diffuso d'Italia, strumento di coltura nazionale, all'infuori d'ogni esclusivismo di scuola, accogliendo ogni corrente in atmosfera di serenità. Egli ha acquistato altre e significative benemerenze nel campo degli studî, dell'insegnamento e della medicina sociale.

Prossimi Congressi medici.

24-26 ag., Berna, Congr. internaz. per gli studi sul gozzo; v. fasc. 24.

29 ag.-2 sett., Vienna, Congr. tedesco di medicina ferroviaria; v. fasc. 31.

4-9 sett., Budapest, Congr. internaz. di zoologia; v. fasc. 17.

10-15 sett., Odessa, Congresso med. ucraino; v. fasc. 26.

13-14 sett., Vienna, Congr. tedesco di psichiatria; v. fasc. 31.

15-17 sett., Vienna, Congr. ted. di neurologia; v. fasc. 11.

17-20 sett., Milano, Congr. ital. di stomatologia; v. fasc. 31.

24-26 sett., Vercelli, Congresso ital. d'infortunistica agricola; v. fasc. 31.

17-19 sett., Vienna, Congresso internaz. di psicologia; v. fasc. 32.

28 sett.-1 ott., Napoli, Congresso ital. di pediatria; v. fasc. 21, 24 e 30.

22-26 sett., Trento, Congresso ital. di freniatria; v. fasc. 32.

1-5 ott., Perugia, Congr. ital. delle Scienze; v. fasc. 25.

3-6 ott., Milano, Congresso ital. di idrologia, climatologia e terapia fisica; v. fasc. 3, 14, 25 e 32.

3-8 ott., Parigi, Congr. franc. di chirurgia; v. fasc. 27.

4-7 ott., Vienna, Congresso tedesco malattie digerenti e del ricambio; v. fasc. 32.

5-6 ott., Lione, Congr. internaz. d'idrologia, climatol. e geologia medica; v. fasc. 23.

12-16 ott., Roma - Montecatini - Salsomaggiore, Congr. internaz. d'idrologia med.; v. fasc. 27.

16-17 ott., Congresso ital. sul cancro; v. fascicoli 25 e 27.

18-21 ott., Congressi italiani di medicina interna e di chirurgia; v. fasc. 32.

22-23 ott., Parma, Congresso ital. di otorinolaringologia.

22-23 ott., Parma, Congresso ital. di urologia.

24-26 ott., Parma, Modena-Carpi, Congresso ital. di medicina del lavoro; v. fasc. 27.

24-30 ott., Parigi, Congresso francese di stomatologia; v. fasc. 30.

28-29 ott., Milano, Congresso delle Federazioni antitubercolari.

11-18 nov., Berlino, Congresso internazion. di genetica; v. fasc. 2.

5-22 dic., Calcutta, Congresso di medicina tropicale dell'estremo Oriente; v. fasc. 21.

15-24 dic., Cairo, Giornate Mediche d'Egitto; v. fasc. 19.

Società Italiana di Medicina Interna.

Il prof. Ascoli, come già d'accordo in precedenza col Presidente sen. Maragliano, si è occupato di invitare per i nostri congressi, a cominciare dal prossimo, i medici dell'America del Sud che numerosi partecipano ai Congressi francesi.

Ora il clinico di Buenos Aires, prof. Castex, comunica i nomi del Comitato argentino per la partecipazione al Congresso di Parma. Essi sono:

presidente: prof. Mariano Castex; vice-presidenti: prof. Pedro Escudero, prof. Carlos Bonorino Udaondo; consiglieri: prof. Jacopo Spangelbert, dott. Victor Fossati, dott. Eugenio Vercellino; tesoriere: dott. Carlos Donmigues; segretario: dott. Francesco Grapiolo. I delegati ufficiali per il Congresso di Parma di quest'anno sono: prof. Bonorino Udaondo, dott. Eugenio Vercellino, i quali porteranno i lavori argentini. Per la Commissione relativa all'organizzazione, ne fanno parte il prof. Mariano Castex, professore titolare di clinica medica della Facultad de Buenos Aires, prof. Carlos Bonorino Udaondo, Banque Espagnole du Rio de la Plata - 8 Avenue de l'Opéra - Paris.

Congressi riuniti di Medicina e Chirurgia.

I colleghi membri delle due Società di Medicina interna e di Chirurgia, sono invitati a inviare la loro adesione scritta ai Congressi che si aduneranno a Parma (18-21 ottobre) ed i temi che intenderanno di svolgere con un breve sunto ai segretari (prof. Ponticaccia e Stoppato). È bene non ritardare ulteriormente perchè avendosi quest'anno la sezione di Medicina militare (coll'annuncio di due interessantissime conferenze sulle vaccinazioni antitifiche nell'Esercito e sull'Aviazione sanitaria militare) il tempo per le comunicazioni deve essere misurato con esattezza fin dove è possibile.

Congresso internazionale di Idrologia Medica.

A Roma si è costituito il Patronato del Congresso, del quale ha accettato la presidenza S. E. Fedele. Importa che i colleghi dell'Associazione Nazionale di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica (nelle loro quattro sezioni) inviino adesione e titoli al prof. Gabbi (Parma) o al prof. Sabatini (Clinica Medica - Roma).

Il Congresso, già annunziato, si adunerà a Roma, Montecatini e Salsomaggiore dal 12 al 16 ottobre.

XVIII Congresso della Società Freniatrica Italiana.

In conformità delle deliberazioni prese al XVII Congresso della Società Freniatrica Italiana, tenutosi in Trieste dal 24 al 27 settembre 1925, la prossima Riunione si terrà in Trento dal 22 al 26 settembre.

Il Consiglio Direttivo intende dare a questo XVIII Congresso le caratteristiche di attività scientifica e di interesse pratico che ebbero, per le gloriose tradizioni del sodalizio, tutte le precedenti riunioni. E perciò ha pregato i colleghi di Trento di volersi costituire in Comitato locale di preparazione e di organizzazione; e si è rivolto a coloro che ebbero l'incarico di presentare le relazioni sui temi generali proposti a Trieste sollecitandone e assicurandone la cooperazione. Dopo di che venne formulato il seguente programma:

Il Comitato locale di organizzazione è presieduto dal dott. prof. comm. Angelo Alberti, direttore dell'Ospedale psichiatrico della Venezia Tridentina in Pergine, e ne sono segretari i dottori Francesco Maria Donini e Alfonso Satta dell'Ospedale psichiatrico di Pergine.

Temi di relazioni: « Tensione endocrânica e suoi rapporti con le neurosi e con le psicosi », relatori proff. Ayala e G. Boschi; « Le alterazioni della istoarchitettonica corticale nelle malattie mentali », relatori proff. Cerletti e Bonfiglio; « La capacità civile degli infermi ed anormali di mente nella legislazione attuale e possibili riforme di questa », relatori proff. Cappelletti e on. V. Bianchi.

Sono organizzate varie gite.

I colleghi che volessero fare delle comunicazioni, sia sui temi generali, sia su altri argomenti di Neuropsichiatria, sono pregati di inviarne il titolo alla Segreteria della Presidenza in Genova, Casella Postale 879.

I soci della Società Freniatrica dovranno inviare L. 20 per le due annate 1926 e 1927, nonchè la quota di altre L. 20 per la inscrizione al Congresso.

Il Consiglio direttivo della Società è presieduto dal prof. Enrico Morselli; ne è segretario M. Kobylinsky.

Vi sono ribassi ferroviari del 50% a causa dell'Estate Trentina, da qualunque punto d'Italia. I congressisti, per ottenere il ribasso, dovrebbero prendere il biglietto di andata e ritorno per Merano, mèta ultima del Congresso e perciò anche inizio del viaggio di ritorno.

XVIII Congresso Nazionale d'Idrologia, Climatologia e terapia Fisica.

La Presidenza onoraria del Congresso, che si terrà a Milano dal 3 al 6 ottobre, è stata assunta dall'on. prof. Ernesto Belloni, podestà di Milano, che ha acceduto alle vive preghiere del Comitato organizzatore. Il Congresso riuscirà indubbiamente alta affermazione, di carattere medico-scientifico e patriottico, a favore delle nostre Stazioni di cura termali, climatiche, marine ecc.

Hanno già aderito: il « Consorzio Nazionale dei Comuni di Cura », la « Federazione Fascista della Industria Idroclimatica », il « Touring Club italiano », l'« Enit », ecc. È assicurata altresì la collaborazione di tutte le personalità scientifiche italiane aventi speciale competenza nel campo idroclimatologico.

Le più importanti Stazioni di cura figureranno in una Mostra annessa al Congresso, durante il quale sarà annunziato l'esito di varî Concorsi promossi dalla « Associazione Italiana di Idrologia », e particolarmente di uno sul tema: « Documentazioni storiche e vestigia tuttora esistenti di Terme Romane ».

Il Comitato organizzatore del Congresso ha sede in via S. Paolo, 10 - Milano, ove possono richiedersi schiarimenti anche in rapporto alla Mostra.

IV Congresso internazionale di Psicologia.

Si adunerà dal 17 al 19 settembre a Vienna. La 1ª sezione sarà destinata alla prevenzione e al trattamento delle psicosi. Lingue ufficiali saranno il tedesco, il francese e l'inglese. Per adesioni e informazioni rivolgersi al dott. Carl Novotny, Untere Weisgerberstrasse 16-17, Wien III-2.

Congresso sulle malattie digerenti e del ricambio.

L'annuale convegno della « Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten » si terrà a Vienna dal 4 al 7 ottobre; si tratteranno i temi: ostruzione intestinale e ileo, diabete, l'osmosi nel metabolismo ecc. Segretario generale è il prof. von den Velden, Bambergerstrasse 49, Berlin W 30.

Commissione internazionale permanente delle malattie professionali.

La Commissione internazionale permanente delle malattie professionali ha incaricato i membri titolari di nazionalità francese d'organizzare la 4ª Riunione internazionale, che avrà luogo a Lione dal 3 al 6 aprile 1929.

L'ordine del giorno comprende.

1) La silicosi (tre relazioni: etiologia, clinica, legislazione). Le pneumoconiosi (un rapporto generale);

2) La cataratta d'origine professionale (due relazioni: etiologia, clinica);

3) Apparato endocrino e intossicazioni (relazione unica affidata a tre esperti);

4) Comunicazioni inedite.

Se un'altra questione potesse inscriversi all'ordine del giorno, la scelta dovrebbe cadere sulla « Statistica delle malattie del lavoro ».

Il prof. Etienne Martin, direttore dell'Istituto di medicina legale dell'Università di Lione, cogli altri due membri titolari francesi, i proff. Agasse Lafont e Kohn Abrest di Parigi, sceglieranno, d'accordo colla Presidenza della Commissione, i relatori per le singole questioni all'ordine del giorno.

Per informazioni rivolgersi al prof. Etienne Martin o al segretario della Commissione dottor L. Carozzi, Service d'Hygiéne B. I. T., Ginevra.

Modificazioni alle tariffe dei medicinali.

Con decreto in data 30 giugno del Capo del Governo Ministro dell'Interno, sono state apportate alcune modificazioni ed aggiunte alle « Tariffe Ufficiali dei Medicinali » approvate con D. M. 20 giugno 1926.

Il Provveditorato Generale dello Stato ha posto in vendita una apposita pubblicazione ufficiale contenente tali norme ed i farmacisti, ai quali è fatto obbligo, a mente dell'art. 17 della legge 22 maggio 1913, n. 468 di tenere in farmacia in modo ostensibile al pubblico una copia di detto decreto, potranno farne acquisto presso la Libreria dello Stato o presso le librerie concessionarie della vendita delle pubblicazioni statali, esistenti in tutti i capoluoghi di provincia ed elencate sulla testata della « Gazzetta Ufficiale ».

Una lapide suggestiva al Sanatorio Militare di Anzio.

In questi giorni al Sanatorio Militare di Anzio è stata murata nella veranda che fu inaugurata da Benito Mussolini, questa suggestiva lapide:

« Il Capitano Achille Manzo curato in questo Sanatorio due anni dopo vinceva la coppa del Cavallo d'Armi a Tor di Quinto ».

In questa occasione è stata offerta al direttore del Sanatorio dott. F. Bocchetti una pergamena pregevole lavoro degli stessi ricoverati, con questa dicitura: « Alito di arte, avvivando di grati sensi la fiamma l'opera ed il nome di Federigo Bocchetti vollero in nobil forma onorare quanti per lui rinacquero alla speranza cogli altri mille ridonati alla vita ».

La cittadinanza onoraria di Chianciano al prof. G. Sabatini.

Dopo la nomina a cittadino onorario di Chianciano del prof. Vittorio Ascoli, oggi giunge quella del nostro amico e collaboratore prof. Giuseppe Sabatini.

Siamo lieti di riportare integralmente la motivazione perchè essa rappresenta l'omaggio reso al lavoro di un medico, il che farà piacere a tutti i colleghi, e per dimostrare come a Chianciano esista la perfetta concordia del lavoro, cosa invero abbastanza rara che può servire di esempio. Ciò fa onore alla onestà e al galantomismo di chi ha saputo creare questo stato di cordialità, pur lavorando attivamente, il che di regola porta a malintesi, a conflitti o ad invidie. Ecco la motivazione:

« Il Podestà;

« Rammentando le alte benemerenze del prof. G. Sabatini che, nella direzione sanitaria delle nostre Terme, sotto gli auspicî del suo grande maestro prof. Vittorio Ascoli, da lunghi anni è assertore efficace delle virtù curative delle sorgenti salutari e con lezioni, con pubblicazioni, con discorsi densi di dottrina e di pratica, dinanzi a Scuole e a Congressi di scienziati italiani ed esteri, ne valorizza la indicazione, ne diffonde il credito;

« Riconoscendo che nell'opera diuturna dell'egregio professore si ravvisano non solamente il grande amore per la scienza, di cui è illustre cultore, e il di lui interessamento per l'umanità sofferente che di quel farmaco naturale si giova, ma eziandio il di lui attaccamento affettuoso per questa terra cui da tanti anni egli dedica le risorse del suo valore professionale;

« Considerato che tutto un popolo, cosciente dei suoi doveri, libero nelle manifestazioni della sua volontà, nel vedere marciare verso il più promettente avvenire le sorti del suo patrimonio idrologico, che è la vita di tutto il paese, non può non sentirsi legato dai vincoli più stretti e più saldi di gratitudine e di riconoscenza verso chi imprime il ritmo a quella marcia che ha per meta un trionfo;

« Nella piena certezza di bene interpretare il sentimento di tutta la popolazione, delibera la nomina a cittadino onorario ».

Richiesta di pubblicazioni sulla tubercolosi.

Diretto dal prof. L. Brauer di Amburgo, è sorto un Istituto per gli studi sulla tubercolosi con lo scopo di promuovere nuove ricerche, e di creare un centro che raccolga tutta la letteratura mondiale sull'argomento.

Il prof. Brauer ha quindi espresso il desiderio di avere copia di tutte le pubblicazioni compiute

in Italia sulla tubercolosi. Coloro che hanno lavori sull'argomento, sono pregati di volere inviare gli estratti delle loro pubblicazioni, in doppia copia, al prof. Enrico Trenti presso la R. Clinica Medica di Roma. Il prof. Trenti, interessato in tale raccolta dal prof. Brauer, si incaricherà di far pervenire le suddette pubblicazioni all'Istituto di Amburgo.

Corso di Patologia esotica e di parassitologia medica.

Nell'Istituto delle malattie nautiche e tropicali di Amburgo (Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten) verrà tenuto un corso dal 3 ottobre al 17 dicembre. Esso comprende conferenze, dimostrazioni ed esercizi pratici sui seguenti soggetti: clinica, etiologia, anatomia, patologia, trasmissione delle malattie esotiche, e lotta contro di esse; introduzione allo studio dei protozoi patogeni, dell'elmintologia e dell'entomologia medica, delle epidemie animali e dell'ispezione delle carni, ed infine dell'igiene nautica e tropicale. Si prega di portare il proprio microscopio. Prospetti particolareggiati dietro richiesta.

Il corso sarà tenuto da B. Nocht, F. Fülleborn, G. Giemsa, F. Glage, M. Mayer, E. Martini, P. Mühlens, E. Paschen, E. Reichenow, H. da Rocha-Lima, W. Weise, K. Sannemann.

I partecipanti al corso, purchè siano medici approvati, potranno a richiesta sottomettersi ad un esame finale di «medicina tropicale e parassitologia medica»; se lo sosterranno con successo, sarà rimesso loro un diploma.

Si prega d'iscriversi al più tardi una settimana prima dell'apertura del corso e d'inviare ogni corrispondenza all'Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Bernhardstrasse 74, Hamburg 4 (Germania).

Corsi in lingua inglese all'Università di Parigi.

La Facoltà Medica di Parigi ha organizzato una serie di lezioni e dimostrazioni in lingua inglese, per il prossimo mese di ottobre; esse concerneranno le malattie polmonari, nervose, cardiache, oste-articolari, l'oftalmologia e altre specialità; è stabilito il prezzo di 50 franchi per ogni lezione e per ogni allievo. Tra gl'insegnanti figureranno alcuni dei più reputati medici di Parigi. Programmi dettagliati dei corsi sono mandati a richiesta dal segretario dell'A. R. M., Salle Béclard, Faculté de Médecine, rue de l'École de Médecine 12, Paris VI.

Si è spento a Buenos Aires JOSÈ F. MOLINARI; fu professore di clinica ginecologica, vicedecano della Facoltà, presidente dell'Associazione Medica Argentina e della Società di Ostetricia e Ginecologia, direttore della «Revista Médica Latino-Americana», presidente del Sanatorio Buenos Aires; coprì molte altre cariche tra cui quelle di presidente del Touring Club e direttore del Banco Popolare Argentino; fu generalmente stimato per la maestria di chirurgo, per la modestia, per le doti morali e intellettuali.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. ASCOLI, Red. resp**

Pubblicazione di grande interesse:

Prof. GIUSEPPE SANARELLI

Direttore del R. Istituto d'Igiene dell'Università di Roma

Nuove vedute sulle infezioni dell'Apparato digerente

(Con 28 figure intercalate nel testo).

Riportiamo qui di seguito l'intero INDICE *di queè compiaciuto assegnare alla nostra Collezione.*
sta interessantissima Monografia che l'illustre autore si

Prefazione.

I. **Cosa s'intendeva in passato, per infezione intestinale.**

II. **La patogenesi della febbre tifoide.**

§ 1. Quel che si pensava in addietro circa la patogenesi della febbre tifoide — § 2. La febbre tifoide sperimentale. — § 3. Le odierne concezioni patogenetiche sulla febbre tifoide.

III. **La patogenesi del colera.**

§ 1. Opinioni antiche e recenti sulla patogenesi del colera umano e sperimentale. — § 2. Critica delle precedenti opinioni. — § 3. La « peritonite colerica » delle cavie. — § 4. Galvanonotropismo microbico: i vibrioni colerigeni e loro segno elettrico. — § 5. Evoluzione del processo vibrionico nelle cavie. — § 6. Il gastro-enterotropismo dei vibrioni colerigeni. — § 7. Il processo colerico intestinale nei roditori: la « barriera gastrica ». — § 8. Genesi parenterale del colera detto intestinale nei giovani cani. — § 9. Permeabilità ai vibrioni della mucosa naso-bucco-faringea. — § 10. — Come entrano, come si comportano e come escono i vibrioni nell'organismo animale. — § 11. Una fase oscura del processo colerico: l'algidismo. — § 12. L'algidismo sperimentale nelle cavie. — § 13. Colera sperimentale nei conigli; l'« epitallassi »: sintomatologia e lesioni anatomiche. — § 14. Colera e influenze stagionali. — § 15. Colera e gestazione. — § 16. Identità fra i quadri batteriologici del colera umano e sperimentale.

IV. **La patogenesi del carbonchio detto « interno » o « intestinale ».**

§ 1. Opinioni correnti circa la patogenesi di questo processo morboso. — § 2. I « batteridi » carbonchiosi e i succhi intestinali. — § 3. La sorte delle spore carbonchiose nel canale digerente. — § 4. I conigli « portatori » di spore carbonchiose. — § 5. Come si provoca il carbonchio nei conigli « portatori » di spore. — § 6. Natura ematogena delle manifestazioni carbonchiose intestinali. — § 7. Come si producono le lesioni intestinali nel carbonchio.

V. **Altre infezioni ritenute enterogene.**

§ 1. Patogenesi della dissenteria bacillare e delle febbri paratifoidi. — § 2. Patogenesi dell'appendicite. — § 3. Patogenesi del tifo murino. — § 4. Tropismo batterico, tattismo parassitario e affinità elettive degli ultravirus.

VI. **Corollari pratici di queste nuove vedute patogenetiche.**

§ 1. Bando ai disinfettanti intestinali. Igiene della bocca e vaccinazioni antitifiche. — § 2. Il microbismo delle tuniche intestinali. — § 3. Ipotesi antiche e recenti sull'azione biologica delle acque purgative naturali. — § 4. Meccanismo d'azione delle acque purgative naturali nelle enteropatie. — § 5. Fisio-patologia delle idrofilie tessulari.

VII. **La crenoterapia nelle smicrobizzazioni e disintossicazioni intestinali.**

§ 1. Effetti del trattamento idropinico nelle enteropatie sperimentali. — § 2. Meccanismo patogenetico delle ritenzioni clorurate e dell'acidosi.

Un volume di circa 200 pagine (N. 15 delle nostre *Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità*) nitidamente stampato su carta semipatinata, con 28 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **25**.

Per i nostri abbonati sole L. **22.50** in porto franco.

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, aggiungendo **«per l'Ufficio postale Succ. diciotto», ROMA.**
Per i Vaglia Bancari (che devono essere riscuotibili in Roma) **basta indirizzare: Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, Roma.**

ANNO XXXIV Roma, 15 Agosto 1927 Fasc. 33

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI UDINE.
DIVISIONE MEDICA E PEDIATRICA
diretta dai proff. P. PENNATO e G. BERGHINZ.

Diagnosi e cura della polineurite postdifterica

per il dott. FERDINANDO MAJERON, assistente ed aiuto.

Contro poche malattie noi possediamo attualmente dei mezzi di difesa così completi e sicuri come contro la difterite.

La reazione di Schick e l'anatossireazione ci rivelano lo stato di immunità o di recettività che l'individuo possiede verso l'infezione; la vaccinazione antidifterica, quale trattamento preventivo, ha oramai superato le prime e più difficili prove ed è venuta perfezionandosi negli ultimi anni colla sostituzione delle miscele di tossina-antitossina più o meno iper- o iponeutralizzate con l'anatossina; la sieroterapia specifica, è oramai assodato e comunemente ammesso, riesce non solo a guarire la forma in atto e ad evitare le complicanze, tra cui la più grave, la paralisi postdifterica; ma costituisce altresì l'unico mezzo efficace e razionale di cura di questa complicanza medesima.

Risulta infatti da numerose osservazioni della scuola del prof. Berghinz e di vari autori che nella grandissima maggioranza dei casi, più del 90 %, la complicanza polineuritica si ha in difterici non sieroterapizzati od insufficentemente sieroterapizzati; che, istituitasi la paralisi, la sieroterapia intensiva riesce, quasi sempre, ad averne ragione.

Avendo avuto occasione durante l'ultimo biennio di riconfermare personalmente questi concetti, in diversi casi di paralisi postdifteriche, dei quali alcuni con difficoltà diagnostiche e particolarità di decorso, mi è sembrato opportuno

farne oggetto di breve studio gentilmente concessomi dal mio Maestro prof. Berghinz.

OSSERVAZIONE I. — N. C., di anni due; entra in ospedale, divisione pediatrica, il 6-12-1924. Nulla di notevole nell'anamnesi famigliare. Un mese prima dell'ingresso all'ospedale, sofferse di difterite delle fauci per la quale ebbe due iniezioni di siero antidifterico. Guarita della forma anginosa, rimase debole e pallida e da circa dieci giorni venne stabilendosi il quadro clinico che possiamo constatare all'ingresso:

Aspetto di grande sofferenza, nutrizione scarsa, pallore; respiro difficoltoso ed affannoso, strabismo, voce nasale, capo cadente in avanti, rigurgito di liquidi dal naso, bocca stirata a sinistra (paralisi VII inferiore destro); occhio sinistro deviato all'interno per paralisi del VI sinistro; anisocoria: pupilla sinistra più ampia della destra. La lingua viene sporta con la punta deviata a destra (paralisi XII destro); il velo pendulo è immobile, la deglutizione si compie con grande difficoltà. Riflesso oculo-cardiaco assai manifesto, polso aritmico, riflessi patellari aboliti totalmente. Astasia, abasia per grave atassia. Esame dell'orina: negativo. Temperatura 37.5°.

Non essendoci dubbi sulla diagnosi, fu ripresa intensamente la sieroterapia e, in 12 giorni, si iniettarono, per via ipodermica 50.000 u. i. di siero antidifterico, in parte dell'I.S.M., in parte di Berna. Già dopo alcuni giorni si notò un inizio di miglioramento: la bambina cominciava a reggersi, a deglutire con minor difficoltà, a camminare barcollando. Di poi la grave sintomatologia andò gradualmente migliorando; a sieroterapia ultimata non persisteva che lo strabismo dell'occhio sinistro e la abolizione dei riflessi patellari. Il giorno 28 dicembre 1924 la piccola paziente viene dimessa completamente guarita.

Sono rare nelle polineuriti difteriche le lesioni del VII e XII nervi cranici, un po' meno rare le lesioni del VI e del III con strabismo e paralisi dell'accomodazione (ramo ciliare del III); le une e le altre molto marcate nel nostro caso. Per queste particolarità, per la grave miastenia, la atassia, ed il complesso sintomatico di alta gravità il caso è notevole; notevole il pronto e brillante successo della sieroterapia intensiva.

OSSERVAZIONE II. — M. V., d'anni 3, entra in ospedale il 5 febbraio 1925.

Nell'anamnesi famigliare c'è difterite della madre sei anni prima e pleurite essudativa non ancora completamente risolta.

La paziente godette sempre ottima salute fino ad un mese e mezzo fa: in quest'epoca (20-12-1924) fu colta da febbre, apatia, pallore, disappetenza. I giorni seguenti i famigliari notarono tumefazione delle regioni laterali del collo, deglutizione un po' difficile, respirazione russante; non dànno tuttavia importanza a questa pur grave sintomatologia. Finalmente otto giorni dopo l'inizio dei primi sintomi, visto che la bambina non migliorava, che era più abbattuta e tormentata da sforzi e colpi di tosse inefficaci a liberare le sue vie aeree, si decidono a chiamare il medico dopo aver riscontrato 40° di temperatura ed aver provocato, col dito introdotto nel retrobocca, una emorragia.

Il medico avendo riscontrato membrane difteriche e necrotiche, pratica in tre giorni, tre iniezioni di siero antidifterico, in seguito alle quali la grave sintomalogia va migliorando. Si nota però che la bambina si fa edematosa alla faccia ed agli arti e l'esame più volte ripetuto della urina dà presenza in discreta quantità di albumina, fino al giorno 20 gennaio 1925, in cui l'esame non ne mostrava più traccie. A questo punto tutto sembrava felicemente superato: la bambina riprendeva le sue abitudini, era allegra, giocava, mangiava di tutto; aveva solo qualche colpo di tosse ed aveva il respiro leggermente rumoroso. Ma ecco che il giorno 28 gennaio i famigliari notarono, per la prima volta, che parte dei liquidi che la bambina prendeva, rigurgitavano dal naso e la deglutizione si compiva con una certa difficoltà. In pari tempo la voce assunse un accento nettamente nasale e la bambina non poteva esprimersi più con chiarezza. Avvertito il medico, questi riprese la sieroterapia (due iniezioni fatte il 1° febbraio). Il giorno dopo, a detta dei famigliari, la bambina era peggiorata: non reggeva più bene la testa, non si reggeva pù in piedi nè stava bene seduta; era profondamente abbattuta. Il medico curante, avendola vista, preferì non più intervenire e si affidò alla cura aspettante, ripromettendosi eventualmente di inviarla all'ospedale, ciò che avvenne il 5 febbraio 1925. Al suo ingresso all'ospedale la bambina presenta di patologico:

Aspetto molto sofferente, abbattimento grave, voce nasale, respiro stertoroso; ogni atto di deglutizione provoca stimolo di tosse e parte del liquido viene ricacciato all'esterno per le vie nasali. Leggero strabismo convergente dell'occhio sinistro per paresi del retto esterno sinistro; anisocoria (pupilla sinistra più ampia della destra). Leggera deviazione a destra della rima boccale e della lingua; ugola, archi palatini, tonsille, pareti faringee arrossate ma deterse; immobilità di questi organi al toccamento, mancanza del riflesso faringeo e dell'ugola; accenno a respiro bulbare, irregolare, in media R. 32 al minuto.

Toni cardiaci molto deboli ed impuri; polso piccolo ed aritmico, frequenza 100 al minuto. Riflesso oculo cardiaco assai manifesto. Miastenia generale e particolarmente accentuata la debolezza dei muscoli dell'arto inferiore di destra, dei muscoli nucali, dello sternocleidomastoideo e del trapezio di destra: la bambina non si regge, tiene la testa piegata in avanti e leggermente a destra; la scapola destra appare divaricata e staccata dalla colonna vertebrale più che la sinistra (paresi del XI); riflessi rotulei aboliti.

Esame dell'urina: scarse, torbide, con abbondantissimo sedimento (urati fosfati); zucchero ed albumina assenti.

Reazione di Schick positiva.

5 febbraio. — Condizioni sopra descritte; temperatura 37.2° iniez. di 8000 unità i. di siero antidift. Berna. Strofantotint. sei gocce.

6 febbraio. — La bambina si è aggravata maggiormente, temp. 37.2°-37.5°, polso molto debole ed aritmico, respiro maggiormente difficoltoso, sofferenza intensa, aloni cianotici agli occhi.

Non vuole nè può prender nulla per bocca. Si praticano due clisteri nutritivi; iniez. 12 mila u. i. di siero di Milano, 1/2 millig. di stricnina e 1/2 di adrenalina.

7 febbraio. — Condizioni sempre più gravi ed ormai disperate; temp. 37.6°; non ha potuto prendere neppure una goccia di alimento, ogni tentativo di deglutizione provoca accessi gravissimi di soffocazione; astenia completa e gravissima, cuore e respiro sempre più compromessi. Si tenta l'alimentazione con sonda nasale ed in due volte si somministrano gr. 400 di latte. Si insiste colla siero-terapia: 10.000 u. i. di siero, stricnina ed adrenalina come sopra; due clisteri di acqua glucorata.

8 febbraio. — Stamane lieve miglioramento, polso irregolare, ma un po' più valido, respiro un po' meno rantoloso, temp. 37°. Si continua l'alimentazione con sonda nasale e si iniettano ancora 10.000 u. i. di siero. Ma poco dopo questa ultima iniezione si nota un repentino peggioramento: la bambina ricade allo stato, quasi agonizzante, di ieri e si riperde ogni speranza. In questo stato rimane tutto il giorno e buona parte della notte.

9 febbraio. — Stamane la bambina è un po' più sveglia, tenta di sostenere un po' meglio la testina. Polso frequente 115, aritmico ma valido, respiro un po' più libero benchè ancora assai ostacolato dalle mucosità e catarro faringeo. Si ritiene sufficente la sieroterapia; si continua la alimentazione con sonda, si inietta 1/2 milligrammo di stricnina e adrenalina.

I giorni seguenti continua lento ma progressivo il miglioramento; la deglutizione è ancora impossibile e per altri tre giorni i pasti vengono dati con la sonda. La bambina si vede risorgere a vista d'occhio, è euforica, va riprendendo le sue forze, sostiene per un po', se avvertita, la testina, riesce abbastanza bene a liberare coi colpi di tosse le sue vie aeree dalla saliva e mucosità. Il giorno 18 febbraio i parenti vogliono portarsela a domicilio: da quattro giorni la piccola paziente prende e deglutisce abbastanza bene i suoi pasti, con rari colpi di tosse; ha ancora tendenza a piegare la testa in avanti, incomincia a camminare con l'aiuto di una mano, mangia volentieri, parla discretamente, un po' lenta e cadenzata, con tono ancora leggermente nasale. Apirettica, polso regolare e valido 88' respiro normale; non più strabismo nè deviazione della bocca e della lingua. Non persiste che paresi del palato molle e mancanza dei riflessi patellari. In tali condizioni viene dimessa e qualche tempo dopo ci viene comunicata la completa guarigione.

Il caso che abbiamo potuto seguire e studiare nei dettagli è certamente interessante e molto istruttivo. Non incertezze diagnostiche (pseudomembrane caratteristiche; cutireazione di Schick positiva, quadro polineuritico presso che completo e generale); trattamento sieroterapico assolutamente tardivo, per incuria ed ignoranza dei parenti, e insufficente durante la forma difterica in atto; esso riesce ad arrestare l'infezione ed a vincerla ma non evita le immediate conseguenze di una grave intossicazione già effettuatasi con stabile fissazione dei tossici nei tessuti di loro elezione; sistema nervoso, miocardio, reni. Indice della grave intossicazione generale la nefrite durata per 20 giorni. Appena viene determinandosi il quadro della polineurite, si riprende la sieroterapia, da prima cautamente e con una certa titubanza per lo shock anafilattico che sembra manifestarsi ad ogni iniezione, evidentemente favorito dalle condizioni renali, e poi intensiva ed ardita. La sintomatologia si completa e si aggrava sempre più e, a togliere ogni speranza, si aggiunge la minaccia dell'inanizione per la paralisi completa pei muscoli della deglutizione e la conseguente invincibile disfagia. Senza dubbio la sieroterapia intensiva non sarebbe bastata in questo caso a salvare la piccina se non si fosse ovviato al gravissimo pericolo mediante l'alimentazione forzata con sonda nasale.

Appena la bambina potè essere rialimentata, la si vide riacquistare le necessarie energie di resistenza ed immediatamente si notarono i benefici influssi della sieroterapia nella rapida regressione delle paralisi.

OSSERVAZIONE III. — L. M., d'anni 2 e mezzo; entra il 6 agosto 1925 con diagnosi di laringotracheobronchite acuta: genitori sani, un fratellino di 10 mesi sano; nata bene, allattata al seno per mesi tre, poi artificialmente. Crescenza e sviluppo normali.

Il 21 giugno 1925 fu riscontrata affetta da faringe-tonsillite di sospetta natura difterica, per cui le fu praticata una iniez. di siero antidifterico. In due giorni la febbre, che aveva raggiunto 40°, scomparve e la bambina rimase solo un poco fiacca, debole, e di umore depresso.

Continuò così fino a dodici giorni or sono quando fu notata disfonia, voce nasale, e dopo un paio di giorni, caduta della testa in avanti, miastenia generale, disfagia con rigurgito per le fosse nasali, febbre. Da due giorni anche dispnea, affanno, tosse, abbattimento e febbre più elevata.

E. O. 6-8-1925: pupille bene reagenti, non diplopie. Nessuna lesione di nervi cranici tranne: paralisi del velo pendulo più completa nella metà sinistra, fuoriuscita di liquidi dal naso. Riflessi patellari aboliti, miastenia grave. Catarro bronchiale diffuso. Esame dell'orina: negativo, temp. 38.1-37.4.

Si pratica subito iniezione di 10 u. i. di siero antidifterico di Milano e per 5 giorni di seguito si continua sieroterapia intensiva iniettando complessivamente 45000 u. i. siero, parte di Milano, parte di Berna. La bambina viene alimentata con latte e caffè-latte somministrato con molta cautela e prudenza ad evitare il passaggio in laringe.

Il giorno 11-8-1925: eruzione da siero. Si sospende la sieroterapia e si dà cloruro di calcio ed urotropina. La bambina deglutisce bene, non rigurgita, sta in piedi e cammina con qualche incertezza, sostiene la testa, la voce è appena na-

sale, il palato si muove, il polso è regolare; mobilità degli arti inferiori normale, riflessi patellari ancora aboliti.

Il 24-8-1925 viene dimessa completamente guarita.

Una macrobronchite evidentemente *ab ingestis*, aveva fuorviato in questo caso la giusta diagnosi; l'anamnesi, la paralisi del palato molle, l'abolizione dei reflessi patellari, la grave miastenia generalizzata, furono dati più che sufficenti a ristabilire lo esatto diagnostico, riconfermato splendidamente e rapidamente dal criterio terapeutico.

OSSERVAZIONE IV. — V. D., d'anni 4; entra in reparto pediatrico il 12 ottobre 1925.

Anamnesi famigliare tarata di tubercolosi dal lato materno.

Nato bene; crebbe leggermente rachitico. Un mese e mezzo fa nel vicinato del bambino morì per paralisi postdifterica una bambina di 5 anni; circa in quell'epoca il paziente cominciò ad essere di cattiva voglia, a non correre al gioco, ad impallidire; 25 giorni or sono, colto da vomito e da dolori in gola, fu messo a letto ed il medico riscontrò pseudomembrane difteriche, gonfiore al collo. Praticò iniezione di una fiala di siero antidifterico. Di lì a pochi giorni (3-4) stando il bambino ancora a letto fu notata incapacità a reggersi, miastenia generale. Il bambino era migliorato nella respirazione (da prima difficoltosa) ma era assolutamente incapace di reggersi sulle gambe e sul collo.

La voce sembra non fosse nasale o solo leggermente, c'era una certa difficoltà alla deglutizione ma senza rigurgito dal naso. Anche lo sguardo non era come di norma. In tali condizioni tirò innanzi per una ventina di giorni finchè si decisero a ricorrere dallo specialista.

12 ottobre 1925: Esame del fondo dell'occhio normale in entrambi gli occhi (dott. Feruglio). Astasia, abasia, per atassia; anisocoria, tardo e debole il riflesso faringeo. Polso frequente, aritmico, riflesso oculo cardiaco molto positivo. Riflessi patellari, aboliti.

Interveniamo colla sieroterapia iniettando in tre giorni 20.000 u. i. di siero antidifterico. Il bambino migliora rapidamente, il 16 ottobre i riflessi patellari si riscontrano presenti, il bambino cammina bene, corre, sta bene. Pochi giorni dopo viene dimesso.

Questo caso è degno d'interesse per la precocità della paralisi, per la prevalenza del disordine atassico sulla paralisi del palato molle e del faringe. Dopo un lungo periodo di stazionarietà dei sintomi, in cura aspettante, il trattamento specifico appena iniziato mostra i suoi benefici influssi.

OSSERVAZIONE V. — D. R., d'anni 4 e mezzo. Entra in Reparto il 5 novembre 1925. Genitori e collaterali, sani. Allattato al seno. Un anno fa ebbe morbillo e pertosse. 22 giorni or sono fu colpito da febbre, gonfiore al collo, difficoltà di deglutizione. La madre afferma d'avergli notato membrane biancastre in gola che pulì essa stessa provocando una piccola emorragia.

12 giorni dopo: voce nasale, rigurgito di liquidi, miastenia grave. Consultato il sanitario questi inietta complessivamente, in due giorni, 12 mila u. i. di S. A. ma non avendone riscontrato notevole vantaggio inviò il paziente all'ospedale.

E. O. 5-11-1925: Molto pallido, si regge a stento, pupille bene reagenti, motilità degli occhi normale; faciale, ipoglosso integri. Velo pendulo immobile, lievemente stirato a destra; riflesso faringeo abolito. Retro bocca deterso; voce nasale; polso 90; riflesso oculo-cardiaco leggermente presente. Riflessi patellari ed achillei molto tardi e deboli. Miastenia. Esame del fondo dell'occhio: negativo.

Si riconferma la diagnosi di polineurite postdifterica e si riprende la sieroterapia iniettando in tre giorni 9000 u. i. di S. di Milano. Il giorno 9 novembre in condizioni pressochè immutate il bambino esce per volontà dei genitori. Rientra un mese dopo (10 dicembre 1925) notevolmente aggravato.

Vi si nota: strabismo convergente dell'occhio destro; diplopia, voce nettamente nasale; paralisi completa del palato molle, che pende flaccido e cascante, mosso passivamente dai colpi di tosse; spenti i riflessi del retro bocca; dispnea, polso 120, aritmico. Riflesso oculo cardiaco molto evidente. Riflessi patellari totalmente aboliti; andatura atassica barcollante. Ingerisce adagio adagio dei piccoli sorsi di liquidi, così non rigurgita. Si rifiuta di bere più presto e più abbondantemente, perchè, dice lui stesso, si soffocherebbe.

Esame oftalmoscopico negativo; temp. massima 37.8.

Riprendiamo la sieroterapia energicamente e in 12 giorni iniettiamo 30.000 u. i. di S. A. di Case produttrici diverse.

La grave sintomatologia con fenomeni minacciosi a carico del cuore e del respiro è questa volta particolarmente tenace. Si ricorre anche all'adrenalina e alla stricnina, e si desiste dalla sieroterapia quando finalmente si nota un inizio di miglioramento. Questo però, benchè sensibile e progressivo è molto lento e il 10 gennaio 1926 (un mese dopo) persistono ancora aritmie, voce nasale, deambulazione e deglutizione difficoltate, abolizione dei riflessi patellari. Finalmente il 26 gennaio 1926 il bambino viene dimesso pressochè in condizioni normali.

Il caso è di particolare interesse per la sua gravità e per il decorso eccezionalmente lungo e protratto: l'una condizione e l'altra non ci è possibile non mettere in rapporto col tenore della cura assolutamente tardiva irregolare e con interruzioni affatto inopportune. Infatti abbiamo visto: assenza di ogni trattamento durante l'infezione in atto, nonostante la sua gravità; stabilimento precoce della paralisi e intervento con 12.000 di u. i. di S. all'inizio, poi interruzione di 7 giorni; nuovo intervento con 9000 u. i. e nuova interruzione di un mese. Lo stato polineuritico

si potrasse così per quasi tre mesi a decorso progressivamente più grave finchè ci è possibile riprendere la cura energicamente quando i famigliari, impressionati, si decidono a riportarci il piccolo infermo. Ed anche allora a stento e molto lentamente si riesce a vincere la tenace sintomatologia evidentemente per l'alto grado di fissazione e di impregnazione dei tessuti da parte della tossina, fissazione che l'antitossina non riuscì ad evitare, essendosi trovata nell'organismo sempre in concentrazione troppo scarsa.

OSSERVAZIONE VI. — M. E., di anni 4; entra in reparto il 3 giugno 1926. Genitori sani; il fratello maggiore sano, un altro morto per spasmofilia. Allevamento naturale, crescenza e sviluppo normale. Nel marzo-giugno 1924 ebbe pertosse, nel gennaio 1926 morbillo.

Il 17 aprile c. a. si ammalò con febbre elevata, gonfiore latero-cervicale. Fu ritenuto ammalato di orecchioni di cui pare, ci fosse in paese piccola epidemia e curato palliativamente. Però dopo una decina di giorni di malattia acuta il bambino continuava ad essere di cattiva voglia, di scarso appetito, pallido e deperito. Verso la metà di maggio (quasi un mese dopo la forma acuta) fu notata disfonia con abbassamento di voce e raucedine. Il sanitario che vide il bambino in questa epoca non vi fece gran caso e lo lasciò senza speciali trattamenti. Ma la sindrome andò estendendosi ed aggravandosi e il 3 giugno 1926 viene alla nostra osservazione.

E. O. 3-6-1926: grave miastenia generale, caduta della testa in avanti; sguardo atomo; miitriasi bilaterale, scarso e tardo il riflesso pupillare sia alla luce che all'accomodazione; movimenti dei globi oculari normale.

VII paio integro, XII integro. Paralisi completa del velo pendulo; paralisi delle corde vocali (dott. Parenti). Riflessi addominali e cremasterici presenti; patellari aboliti, andatura atassica; voce rauca e nasale. Esame viscerale negativo; evidentissimo il riflesso oculo cardiaco: Si provoca dispnea grave ed un netto arresto del cuore che impressiona. Esame urina; negativo.

Es. oftalmoscopico, negativo.

Dall'anamnesi, dall'esame obiettivo deduciamo trattarsi di polineurite da pregressa difterite passata inosservata e giunta oramai ad un grado di estrema gravità. Tentiamo la sieroterapia, la stricnina, l'adrenalina; iniettiamo ogni giorno per via ipodermica 5000 u. i. di S. A. Il bambino non migliora benchè si alimenti modicamente, la deglutizione non essendo del tutto impossibile. Soggiace spesso a crisi bulbari gravissime; in una di queste soccombe il 9 giugno 1926. Gli erano state iniettate 35.000 u. i. di S. A. come al solito di Case produttrici diverse.

Dirò fra poco delle difficoltà diagnostiche del caso; notiamo intanto l'insuccesso della sieroterapia, giunta assolutamente in ritardo davanti a delle irreparabili compromissioni dell'innervazione del cuore e del respiro. Ben presto però e proprio nella stessa famiglia del piccolo defunto la sieroterapia ebbe la sua rivalsa; infatti a distanza di un mese appena si ammalò l'unico fratello superstite di anni 5 e mezzo. Ammaestrati dalla dura esperienza mi chiamano d'urgenza: trovo il bambino a letto con febbre a 38.5, alquanto abbattuto con tumefazione discreta di ghiandole agli angoli mandibolari, specie di destra e sensibilità dolorosa alla palpazione L'esame degli altri organi ed apparati riesce negativo. All'ispezione del faringe noto entrambe le tonsille moderatamente ingrossate e coperte da un velo di leggera patina. Ne prelevo un po' e ne allestisco alcuni strisci che tratto coi varî metodi. All'esame microscopico, associate a varie specie batteriche trovo, in numero piuttosto scarso, forme indubbie del bacillo di Löffler. Intraprendo la sieroterapia, inietto complessivamente 20.000 u. i. di S. A. e in una settimana il bambino lascia il letto in piena convalescenza. Nessuna complicanza, nessun postumo. I genitori, persone intelligenti, non si stancavano di ripetermi che le manifestazioni morbose del loro piccolo defunto diagnosticate per orecchioni erano state identiche a queste testè guarite.

OSSERVAZIONE VII. — D. V. E., di anni 23; entra in reparto medico il 12 agosto 1926 con diagnosi di *postumi di letargia;* nulla di notevole nell'anamnesi famigliare e personale remota. Una gravidanza con parto normale, nessun aborto. Ileotifo a 19 anni poi sempre bene fino al primo di febbraio del c. a. In questa epoca fu colpita da raucedine e da abbassamento di voce, cui la paziente non fece gran caso.

I disturbi però tendevano ad aggravarsi e verso la fine di aprile costrinsero la paziente a mettersi a letto essendo intervenuto dolore in gola, gonfiore al collo, tosse e difficoltà di respiro, febbre. Tenne il letto fino verso la metà di maggio; coi colpi di tosse emetteva, a suo dire, membrane e catarro sanguinolento. Si curò con collutori e fumigazioni. Verso il 15 maggio lasciò il letto e le sembrava di andare migliorando, se non chè dopo alcuni giorni, che la paziente non sa precisare, cominciò ad avere difficoltà per la deglutizione, passaggio di liquidi inghiottiti dalla gola alle narici, voce rauca e nasale, senso di oppressione, disturbi cardiaci. Si aggiunse tosto grave cefalea specialmente frontale e cominciò a perdere la vista tanto da non poter distinguere gli oggetti. Non strabismo. In queste condizioni venne al consultorio del mio primario prof. Pennato che diagnosticò forma postdifterica e prescrisse siero-terapia. Dopo 4 iniezioni di siero i disturbi andarono scemando; persistette più a lungo l'oftalmoplegia e la cefalea. Al suo ingresso in ospedale si lagna di persistente miastenia diffusa e specialmente grande debolezza agli arti, incertezza, lentezza e pesantezza nei movimenti, facile stanchezza; alcuni giorni prima le cadevano di mano gli oggetti senza avvertirli. Intelligenza sempre integra, alvo regolare.

E. O. 13 agosto 1926, nutrizione buona, esame viscerale negativo; anestesia completa del faringe e del velo pendulo, abolizione dei riflessi del retro bocca, abolizione dei riflessi patellari ed achillei. Riflesso muscolare dei gemelli, vivace; ipoestesia degli estremi distali degli arti, andatura leggermente atassica; deglutizione un po' stentata, esame oculare: 00 V = 10/10 emmetropi (dott. Feruglio). Esame urina: negativo.

La sintomatologia essendo evidentemente in decrescenza e d'altra parte la sieroterapia avendo già dato i suoi benefici effetti, ci rimettiamo ora alla cura ricostituente e fisica: iniezioni giornaliere arsenicali e stricniniche, bagno solforoso, riposo, massaggio, elettroterapia. La malata continua a migliorare, va riacquistando le sue forze, la coordinazione e la speditezza dei movimenti; ricompaiono lentamente i riflessi, che erano spenti, da prima tardi e deboli di poi normali. Viene dimessa il giorno 11-9-1926 con residuo ancora di appena una leggera diminuzione del riflesso e della sensibilità faringea.

*
* *

Le paralisi postdifteriche vengono comunemente considerate come neuriti periferiche infettive: i più recenti studi e gli esperimenti in animali adatti (cani, conigli) hanno dimostrato che le lesioni, sempre di carattere degenerativo, possono colpire tanto le fibre periferiche quanto le cellule centrali in modo diffuso ed in guisa da alterare l'intero neurone (Guizzetti).

In tal modo si comprendono più facilmente certe paralisi isolate, per esempio l'oftalmoplegia interna per paralisi del muscolo ciliare e dell'iride senza cointeressamento della muscolatura esterna (retti e obliqui) come abbiamo visto in alcuni dei nostri casi. I nuclei di origine dell'oculo-motore essendo parecchi e separati, si comprende come uno o più a differenza degli altri possono restare illesi e il neurone da essi originato perfettamente funzionante; meno facile ed intelligibile si fatta possibilità nel caso di lesioni al solo tronco nervoso (neurite).

La diagnosi di polineurite postdifterica riesce generalmente assai facile, specie se l'infezione difterica si presentò in forma grave e conclamata: in generale i fenomeni paralitici compaiono, una ventina di giorni dopo la guarigione dei fenomeni locali. Ma si possono osservare dei casi con paralisi immediata, con paralisi precoce o tardiva, come abbiamo potuto vedere noi stessi.

Spesso però le paralisi difteriche tengono dietro a casi assai leggeri di difterite non curati o passati affatto inosservati; sono eccezionali dopo la forma laringea, seguono per lo più alla forma anginosa nella misura di circa uno su dieci di questi casi.

Sono appunto i casi, in cui l'anamnesi tace e fu fuorviata (vedi osservazione VI) che possono presentare difficoltà diagnostiche e devono essere riconosciuti dal solo quadro clinico attuale.

La localizzazione più frequente e quasi caratteristica della paralisi difterica si ha nei muscoli del palato molle e della faringe (territorio dei IX e X nervi cranici). La priorità di questa localizzazione sarebbe pressochè costante qualunque sia la sede del processo difterico primitivo (difterite della pelle, delle ferite ecc.). Abbastanza spesso anzi il processo morboso si limita a questa unica localizzazione.

La paralisi isolata dei muscoli del palato molle e della faringe fu riscontrata in rarissimi altri casi (morbillo? influenza?); essa fa parte delle sindromi bulbari per lesioni del nucleo ambiguo (paralisi faringo-laringo-velo-palatina), delle forme pontine e bulbari della malattia di Heine Medin, della paralisi ascendente di Landry, delle paralisi pseudo-bulbari. Questi quadri però, sempre gravissimi, non si limitano alla paralisi del palato molle e della faringe, e facile ne riesce la differenziazione dal complesso sintomatico come dal modo di insorgere e dal decorso.

Dopo la paralisi del velo che fu costante nei casi studiati dalla nostra Scuola, circa una quarantina, viene per frequenza l'astenia generalizzata e la paraparesi flaccida più o meno accentuata, con l'abolizione dei riflessi patellari ed atassia od impossibilità a reggersi (paraplegia). Anche questi sintomi appaiono costanti in tutti i nostri casi. Essi però non hanno nulla di caratteristico per la forma difterica e si rinvengono anche nei rari casi di polineurite conseguente ad infezioni od intossicazioni di altra natura (influenzale, tifica, tubercolare, malarica, puerperale, alcoolica, saturnina, arsenicale, ecc.).

Le lesioni dei nervi oculari, più o meno estese, con strabismo, anisocoria, oftalmoplegie, ho potuto riscontrare sei volte su sette. Fatto importante, il riflesso oculo cardiaco, accuratamente ricercato, fu trovato sempre presente e più o meno marcato in diretto rapporto colla gravità della forma.

Come è noto le lesioni del III, del IV e VI paio, possono rinvenirsi oltrechè in neuriti tossiche od infettive di altra natura, nella lesione della base del cranio e dell'orbita, in caso di tumori, di meningiti, traumi, ascessi, emorragie, ecc.

Viene poi per frequenza la paralisi, di solito unilaterale, del VII e XII (2 casi su 7).

Particolare interesse per la rarità e per le difficoltà diagnostiche cui può dare luogo assume la paralisi delle corde vocali, specie quando il quadro polineuritico esordisce con questo sintoma

(vedi Osservazione VI). Allora si può pensare, in piccoli infermi, ad adenopatia tracheo-bronchiale, a tumori mediastinici, esofagei, ecc., e, in adulti ad aneurismi, lesioni degli apici polmonari, gozzi, ecc., fatti tutti che comprimendo e ledendo i ricorrenti provocano la paralisi di una o di tutte e due le corde vocali.

Difficoltà diagnostiche, si possono avere, in taluni casi, tra polineurite e malattia di Heine Medin: a parte il modo particolare di insorgere e le lesioni del retrobocca che molto raramente mancano nella polineurite, nella malattia di Heine Medin le lesioni delle estremità inferiori sono meno simmetriche, colpiscono gruppi muscolari ben determinabili; l'andatura quando è possibile è paralitica mentre nella polineurite è atassica-steppante.

Meno facile l'errore con l'encefalite letargica (vedi Osservazione VII) quadro multiforme e complesso nello stadio acuto, ben determinato e bene caratterizzato nello stadio cronico: ipertonia, iperiflessia, aspetto statuario, tremori, lentezza e pesantezza nei movimenti, ecc.

Le lesioni di sensibilità, certamente presenti nel quadro della polineurite difterica non si possono mettere agevolmente in evidenza nei bambini; esse si palesano invece bene negli adulti (Berghinz) (vedi Osservazione VII).

*
* *

I criteri terapeutici risultano chiaramente dai casi su riferiti: sieroterapia intensiva fino ad ottenere un principio di miglioramento e ricorrendo a tipi vari di siero data l'esistenza di ceppi bacterici diversi (Berghinz). Nei casi indicati: piccole dosi di adrenalina e stricnina. Badare all'opportuna alimentazione dei pazienti ricorrendo eventualmente all'alimentazione artificiale forzata.

Udine, 15 novembre 1926.

NOTE E CONTRIBUTI.

Le ricerche di Giudiceandrea e la così detta « attivazione in vitro della W. » confermano il valore della nuova sierodiagnosi della sifilide (1)

per il prof. OLINTO SCIARRA
doc. di pat. med. nella R. Univ. di Napoli.

Per intendere bene la pubblicazione di Giudiceandrea su *« Il Policlinico »* (2) è necessario esaminare la sua comunicazione alla R. Accademia di Roma (3), cui si riferisce: « *L'uso dell'alcool nella esecuzione della Wassermann e un nuovo mezzo di attivazione della prova* ».

Si nota subito che una sola serie di indagini errate ha indotto il Giudiceandrea a conclusioni infondate sul meccanismo intimo e sul valore del mio metodo, in pieno contrasto con gli ottimi risultati delle sue esperienze comparative con la Wassermann.

*
* *

ESPERIENZE DI GIUDICEANDREA (3).

I — « Serie con alcool eseguite con numerosi sieri positivi, parzialmente positivi e prelevati da individui sottoposti a cure e *negativi già sperimentati* (con la Wassermann?) o prelevati da individui indubbiamente sani ».

Sieri: cc. 0.20	Metodo all'alcool	Wass. comune: 0.10
Positivi completamente	+ + + +	+ + +
» parzialmente	+ + +	+ + —
» »	+ + +	+ + — —
Negativi	— — (emolisi lenta)	— — —
»	+ — — —	— — —
»	+ + — —	— — —

Risultati evidentemente soddisfacentissimi. L'« emolisi lenta » non ha importanza perchè Giudiceandrea considera « lenta l'emolisi che non si effettua in mezz'ora ». Io ho consigliato di attendere da 1/2 a 2 ore. *Perciò se la titolazione del complemento è stata fatta in presenza di alcool,* 0,15 giudico negativo il + — — — e dubbio il + + — —.

Però i sieri con esito + + — — sono certamente quelli « *negativi sperimentati* » cioè W— negativi; quindi non si può escludere la lue.

Nei miei esperimenti, su ogni 100 W. negative, 13-14 volte la mia reazione è stata positiva e

(1) SCIARRA. *Policlinico*, Sez. prat., n. 27, 1926; *Riforma Medica*, n. 23, 1926.

(2) GIUDICEANDREA. *Policlinico*, Sez. prat., n. 16-18 aprile 1927.

(3) GIUDICEANDREA. Atti della R. Accademia Medica di Roma, fasc. 3, marzo 1927.

sempre con sieri appartenenti a luetici certi, eredoluetici o ad individui molto sospetti.

Il valore di una nuova sierodiagnosi va commisurato più alla clinica che ai risultati della W.; questa non è reazione perfettissima e si rivela positiva nel 44-66 % di casi luetici, secondo le conclusioni recenti della Commissione Internazionale di Copenaghen per lo studio della standardizzazione della sierodiagnosi della lue.

Inoltre, nella W. reagiscono solo gli anticorpi in eccesso o sfuggiti alla fissazione nel sangue; gli aggregati antigeno-anticorpo, fattori essenziali della mia reazione, restano perfettamente inattivi; *reagiscono invece nella « R. W. di conferma »*.

È naturale che la W. comune sia negativa in casi di sifilidi gravi o maligne e in individui eredoluetici debilitati lentamente e lungamente dall'infezione durante lo sviluppo, poichè gli anticorpi, prodottisi scarsamente per la debole reazione difensiva organica, restano tutti fissati nel sangue.

In questi casi la mia reazione è positiva e positiva ancora si rivela quando gli antiluetici hanno ridotta alla negatività la W. ma non spenta o resa latente l'infezione.

Nei casi invece W. — resistenti asintomatici clinicamente, nei quali la W. positiva dipende unicamente da immunità attiva antilipoidea, la mia reazione è negativa.

A questo proposito va ricordato un mio esperimento, per il quale si può forse concludere che la mia reazione positiva è « indice di infezione in atto ».

« In casi sperimentali — scrissi — con W. fortemente positiva, dovuta però a immunità attiva antilipoidea in seguito ad iniezioni di antigeni luetici, si è sempre ottenuto esito negativo, com'era prevedibile per il meccanismo intimo della reazione ».

Orbene resi W. — positivi animali W. — negativi — ciò era già precedentemente riuscito agevolissimo anche a Wassermann (1) — la mia reazione fu positiva solo *durante le iniezioni e divenne completamente negativa dopo sospese tali iniezioni, pur persistendo lungamente positiva la W.*

È questa un'altra conferma che i fattori della mia reazione sono anticorpi e antigeno; e l'antigeno luetico — nonostante le imprecisioni scientifiche sulla sua natura — è, più degli anticorpi, esponente di infezione in atto, in conformità anche delle indagini di Wassermann (2) secondo le quali « i lipoidi patologici (antigeni) provengono dalle spirochete e dalle cellule dell'organismo ospite che stanno sotto l'influenza di esse ».

Così si comprende perchè la mia reazione è negativa nei liquidi cefalo-rachidiani, nei trasudati ed essudati W — positivi, poveri di antigeni e ricchi di anticorpi rimasti lungamente isolati in essi per il lento scambio col sangue. Ciò è importantissimo per la terapia della neurosifilide: più che la W. positiva del liquor, valgono la iperalbuminosi e la ipercitosi a denotare una lesione in atto.

*
* *

II — Serie di ricerche di G. con etere.
Risultati:

« Sieri: cc. 0.20	Metodo all'etere	Wass. comune: 0.10
Positivi completamente	+ + +	+ + +
» parzialmente	+ — —	+ — —
Negativi	— — —	— — —

(emolisi rapida)

e cioè risultati analoghi a quelli della Wassermann, ma meno evidenti che col metodo all'alcool praticato contemporaneamente ».

Per esiti così favorevoli — conformi in tutto a quelli da me ottenuti con etere — nessun commento migliore delle parole di Giudiceandrea stesso: « l'eliminazione dell'antigeno estratto, il cui titolo è sempre da controllare, e la sua sostituzione con una sostanza a proprietà costante dovrebbe considerarsi una vera conquista della sierodiagnosi della lues, eliminandosi così una delle possibili cause di errore ».

Finora le ricerche di Giudiceandrea praticate con *i sieri inattivi usati nella Wass.*, meritano il plauso incondizionato; non vi è dubbio che, se si fossero quì arrestate, le conclusioni sarebbero state più che favorevoli.

*
* *

Ricerche di G. sulla natura della reazione: A) incomplete e B) errate.

A) — Giudiceandrea scrive: « Il siero luetico mi ha deviato il complemento soltanto perchè trattato con alcool o con etere, verificandosi in tal modo il fondamento di una reazione nuova o invece perchè è stato *semplicemente impiegato in una dose eccessiva, doppia di quella che suole usarsi nella comune Wassermann?*

« Ripetei allora le esperienze usando — con alcool ed etere — solo 0.10 di siero positivo, facendo però nello stesso tempo la prova con la dose doppia proposta da Sciarra.
Risultati:

Sieri	Metodo alcool	Metodo etere	Wass. comune
Positivo 0.20	+ + +	+ + +	
» 0.10	— — —	— — —	+ + +

Non si può perciò dubitare che la deviazione con 0.20 si debba soltanto all'eccessiva dose del siero ».

---

(1) WASSERMANN A. *Berl. Klin. Woch.*, n. 9, 1921.
(2) ID. Ibid.

Se Giudiceandrea avesse scelto sieri fortemente positivi (+ + + +) di luetici con infezione in atto, avrebbe ottenuta anche con 0.10 la mia reazione positiva, totale o parziale.

Non senza ragione io scrissi: « Volendo, per esami comparativi, usare la stessa dose di complemento necesaria nella W., occorrono 0.20-0.30 cmc. di siero, perchè la reazione si avveri chiaramente essendo i sieri più ricchi di anticorpi che di antigeni lipoidei ».

La reazione con 0,10 può essere positiva ma non chiaramente e ciò in rapporto alla dose di complemento non commisurata al quantitativo di antigeno contenuto nel 0,1 di siero, il quale invece può essere ricco di anticorpi, prodottisi in più del necessario per la legge di sovracompensazione del Weigert, e dare la R. W. positiva intensa.

Se non avessi seguìto tali concetti mi sarei sfiduciato ai primi esiti incerti o negativi con 0,1 di siero e non avrei ideato la reazione.

B) — « Per evitare ancora il più piccolo dubbio — dice Giudiceandrea — ricorsi ad un mezzo di non dubbio significato: *adoperai cioè l'alta dose di 0.20 ed anche di 0.30, ma senza affatto alcool o etere*, e soltanto diluendola nelle opportune proporzioni in siero fisiologico.

Il risultato, abbastanza eloquente, fu:

Sieri senza alcool nè etere, ma solo in soluz. fisiologica.

Positivo completamente (0.20)	+ + +	
» parzialmente (0.20)	+ + —	
» » (0.30)	+ + +	
Negativo (0.20)	— — —	(emolisi lentissima)
» (0.30)	+ — —	(emolisi lentissima)

Non si può negare perciò che il siero positivo può deviare il complemento da solo a 0.20; che il siero parzialmente positivo lo devia parzialmente a 0.20 e totalmente se si aumenta fino a 0.30 la dose del siero, mentre anche il siero negativo dà un'emolisi lentissima a 0.20 e parziale a 0.30.

Si può concludere che la deviazione ottenuta da Sciarra usando l'alcool senza antigeno, o l'etere, era dovuta unicamente alla dose elevata del siero ».

Il risultato di tali esperienze, equivalenti al controllo dei sieri, significa solo questo: *se letti i risultati dopo due ore, il sistema emolitico è deficiente oppure i sieri usati hanno azione anticomplementare e non sono buoni affatto per la mia reazione e per la W.*

Se non fosse così cadrebbero nel nulla tutte le sierodiagnosi della sifilide finora note. Quale reazione più precisa, sicura e semplice di questa, tendente a mettere in evidenza uno sconosciuto potere anticomplementare specifico dei sieri luetici? Il potere anticomplementare purtroppo non è specifico dei sieri luetici, ma comune ai sieri *inattivi alterati ed a molti sieri attivi.*

Poichè non è possibile che il prof. Giudiceandrea, di cui è ben nota a tutti la scrupolosa competenza, abbia usato sieri *anticomplementari* e quindi da scartarsi, ho ragione di credere che egli in queste indagini, isolate e senza la W., *pure servendosi di ottimo sistema emolitico, abbia letto i risultati troppo presto, in mezz'ora o meno come nelle indagini* (I) *con alcool.*

I sieri inattivi ben conservati non fissano mai il complemento a 0.20-0.30 ed anche a dosi maggiori.

Del resto poi la reazione positiva ha valore solo quando il controllo del siero presenta emolisi completa.

È chiaro che se Giudiceandrea avesse avuto minore impazienza per il ritardo dell'emolisi, « *lentissima* » *anche con i sieri negativi*, avrebbe confermato che « unicamente all'azione dell'alcool e dell'etere sul siero è dovuta la fissazione del complemento costituendosi così il fattore di una nuova reazione ».

*
* *

Ed ora poche considerazioni su la cosidetta « attivazione in vitro della Wassermann ».

Giudiceandrea « usando nella Wassermann:

Siero in esame	cc. 0.10
Soluz. fisiolog. 8,5-9 ‰ . . .	» 0.30
Alcool a 95°	» 0.10

ha ottenuto una maggiore evidenza della reazione positiva debole o dubbia o una reazione apprezzabile quando con la W. manca, pur trattandosi di siero luetico.

Risultato di numerose esperienze:

Sieri: cc. 0.10	In soluz. idroalcoolica con l'antigeno	Wass. comune
Positivi completamente	+ + + +	+ + +
» parzialmente	+ + + —	+ + —
» debolmente	+ + —	+ —
Quasi negativi	+ — (em. lentis.)	— (em. lent.)
Dubbi	+ — (em. lentis.)	— (em. lent.)
Negat. sicuram.	— — — (em. un po' lenta)	— — —

Non metto in dubbio l'aumento di sensibilità della W.

Però Giudiceandrea, come egli stesso confessa, senza seguire concetti esatti su l'azione dell'alcool, ha creduto di aver trovata una cosa nuova solamente per aver concluso erratamente sulla mia reazione ritenendola con 0.10 di siero luetico costantemente negativa ciò che non è.

Altrimenti non sarebbe giustificato l'aver egli riconosciuto *dopo* all'alcool la efficace benefica azione nella deviazione del complemento negatagli *prima* nelle medesime condizioni di uso.

Fo notare nell'uso dell'alcool:

a) l'alcool assoluto o quasi tale posto direttamente sul siero agisce rapidamente e sicuramente in piccolissima dose;

b) se usato invece diluito, come ha fatto Giudiceandrea, o nel siero diluito ha un'azione lenta ed incerta e solo in dose maggiore.

In ogni caso non si tratta, come pensa Giudiceandrea, della necessità di aggiungere alcool alla W., potendosi l'effetto medesimo ottenere con l'alcool dell'antigeno usato opportunamente. *È sempre e solo l'azione diretta dell'alcool sul siero che conta più della dose.*

Giudiceandrea non avrebbe ottenuto la sensibilizzazione della W. con alcool così diluito, se non l'avesse usato in dose doppia di quella consigliata da me e direttamente sul siero.

Quindi Giudiceandrea ha seguito le mie direttive nell'uso dell'alcool e non ha fatto altro che unificare il mio metodo e quello di Wassermann.

Resta ora a vedere se tale modalità di unificazione, impropriamente detta « attivazione della W. », è utile.

Se Giudiceandrea avesse praticato contemporaneamente anche il mio metodo all'alcool avrebbe avuto con esso esiti molto più evidenti: i suoi risultati infatti col metodo puro all'alcool, sebbene con sieri diversi, sono molto migliori di quelli da lui ottenuti con alcool diluito e con antigeno.

La unificazione fatta da Giudiceandrea è incerta e lenta per la diluizione dell'alcool e non è da preferirsi al mio metodo all'alcool o ai metodi unificati più rapidi e sicuri. (1)

(1) O. SCIARRA. « *Ulteriori indagini sulla nuova sierodiagnosi della sifilide. Sua unificazione con la W. Nuova reazione d'intorbidamento.* (Riforma Medica, n. 15, 1927).
Metodi W. e S. unificati.
Con prevalenza della Wassermann (met. W.-S.)
a)

Siero inattivo c.c.	Alcool c.c.	Soluzione fisiolog. c.c.	Antigeno c.c.	Complem. c.c.	Termostato 1 ora, sist. emol., termostato 1/2-2 ore; esito.
0.10	0.05	1	Dose per la W.	Dose secondo il titolo.	

b) Si fa agire l'alcool dell'antigeno.

Siero inattivo c.c.	Antigeno alcoolico diluito a parti uguali c.c.	Soluzione fisiolog. c.c.	Complem. c.c.	Termostato, sist. emol. ecc.
0.10	Dose per la W. non minore però di 0.10-0.15.	1.5	Dose secondo il titolo.	

È preferibile usare antigeno di titolo non elevato. Volendo adoperare l'antigeno integro direttamente sul siero lo si usi alla dose di 0,05 per evitare l'intorbidamento intenso e si aggiunga l'eccedenza fino alla dose utile per la W. dopo la soluzione fisiologica ».

La maggiore sensibilità però, comunque, si ottiene solo per i sieri luetici provvisti di aggregati antigeno-anticorpo.

Ma tali sieri negativi a 0.10 sono fortemente positivi a 0.20, col mio metodo all'alcool senza antigeno.

Quale l'utilità pratica allora della suddetta unificazione?

In clinica necessita svelare le W. pseudo-negative e ciò è possibile solo col mio metodo separato, col metodo unificato totale o col metodo S.-W. (1).

Ancora un'altra considerazione va fatta: la utilissima reazione di intorbidamento (2) riscontrabile nella prima parte della mia reazione con alcool si verifica solo con le unificazioni da me proposte.

TITOLAZIONE DEL COMPLEMENTO.

Alcuni analisti usano il complemento a dose fissa, 0,10 cc. p. es., senza titolarlo.

Ciò è errato, per la W. e più ancora pel mio metodo, anche se il sangue è prelevato da più cavie.

L'attività del complemento varia nella medesima cavia e da cavia a cavia; la mescolanza quindi di complementi diversi è variabile anche essa.

Spesso con 0,03 di complemento integro si ha emolisi totale.

Il complemento va titolato volta per volta ed in presenza di alcool 0.15 e di siero normale 0.20.

(1) SCIARRA. *Riforma Medica*, n. 15, 1927.
« *a) Metodo unificato con prevalenza della S.* (metodo S.-W.).

Siero inattivo c.c.	Alcool c.c.	Soluzione fisiolog. c.c.	Antigeno c.c.	Complem. c.c.	Termostato, sist. emol. ecc.
0.20	0.10	1.5	Metà dose usata per la W.	Dose secondo il titolo.	

b) Metodo unificato totale S.-W.
Come il precedente, *aggiungendo però tutta la dose di antigeno richiesta per la Wassermann* ».

(2) SCIARRA. *Riforma Medica*, n. 15, 1927.
« *Reazione di intorbidamento* ».

Siero inattivo c.c.	Alcool c.c.	fisiolog. Soluzione c.c,	Esito	
			Positivo	Negativo
0.20	0.10	1.5	Intorbidamento caratteristico di diluizione di antigeno.	Limpidezza e trasparenza.

La dose utile per la reazione sarà quella minima occorrente per l'emolisi completa di 1 cc. di globuli rossi 5 %.

Risultando in tal modo la dose del complemento esclusivamente in rapporto al sistema emolitico in uso, anche se è stata deficiente la preparazione di questo, la reazione sarà attendibile.

CONCLUSIONI.

1) Le ricerche di controllo del prof. Giudiceandrea non negano ma confermano validamente il fondamento scientifico del mio metodo.

Il Giudiceandrea è stato tratto in errore, per puro caso, da incomplete esperienze sul meccanismo intimo della mia reazione.

2) La così detta « attivazione in vitro della W. » è una unificazione della W. e del mio metodo all'alcool e nonostante la sua utilità è meno efficace e sicura dei miei metodi unificati con prevalenza della W.

Tuttavia i buoni risultati ottenuti con essa da Giudiceandrea riconfermano il valore pratico della mia reazione.

3) Per ogni siero in esame si pratichino a scopo clinico:

a) *Wassermann;*

b) *mio metodo all'alcool;*

c) *metodo unificato totale S.-W.* (*controllo di* a *e* b).

Così facendo e tenendo conto della eventuale reazione di intorbidamento difficilmente sfuggiranno casi di lue; si potrà osservare anche il grado di positività sempre massimo col metodo totale e ciò è prezioso per la diagnosi e la terapia.

Napoli, 20 maggio 1927.

COMMENTI.

A proposito della sierodiagnosi della sifilide proposta da Sciarra.

Il collega Sciarra nel titolo della precedente sua nota dice che le mie ricerche confermano le sue, e subito dopo le definisce errate e infondate! Aggiunge ch'io trassi le mie conclusioni da una sola serie d'indagini, e poi me ne riporta ben cinque serie, nelle quali inoltre era ovvio che, pur trattandosi di osservazioni comparative colla Wassermann, dovevo tener conto anche dei rilievi clinici.

Il filo conduttore del mio lavoro fu molto semplice.

Eseguii da prima fedelmente il metodo all'alcool proposto da Sciarra e ne ebbi discreti risultati. Pensai allora di sostituire all'alcool l'etere; e, sebbene egli avesse nella sua prima comunicazione (non più ora) affermato che nessun altro solvente di lipoidi può sostituire bene l'alcool, i risultati furono analoghi, anzi migliori. E questa somiglianza già intaccava il fondamento della reazione, enunciato da Sciarra pel solo alcool.

Egli ora dice che questa prima parte del mio lavoro merita il plauso incondizionato; ma io, dal punto di vista del collega, non credo di meritarlo. Ed egli stesso non me lo avrebbe dato se, nel riportare, nella nota che precede, il mio brano nel quale scrissi che l'eliminazione dell'antigeno estratto da lui proposta avrebbe dovuto considerarsi una conquista della sierodiagnosi, si fosse accorto (e l'avesse riportata) che vi era anche la frase: *se fosse risultata veramente possibile ed utile!*

Proseguendo nelle mie ricerche notai che sieri *sicuramente luetici*, e controllati come fortemente positivi colla Wassermann, usati a metà della dose proposta da Sciarra, e col solo alcool, non mi davano più, o quasi, risultato positivo, e viceversa me lo davano nelle dosi superiori, anche senza alcool. Si noti bene che in queste ultime proporzioni *ciò non avveniva coi sieri negativi*, e si verificava soltanto in parte con sieri parzialmente devianti e già noti come tali.

Manifestai perciò logicamente il mio disparere sull'azione dell'alcool, come fu concepita da Sciarra, ritenendo che non fosse senza conseguenze la varia quantità di siero positivo usata.

Ma qui il collega mi fa diventare disattento e affrettato nella tecnica, e parla di esperienze incomplete, di erroneo apprezzamento del tempo in cui si verificò l'emolisi, di sieri attivi o mal conservati, ecc.

Io non ho altro da aggiungere.

Quanto alla mia proposta di riattivazione della Wassermann in vitro essa venne dall'aver rilevato che coll'alcool, forse per una particolare azione di questo sull'emolisi (da me già accennata e di cui ho visto ora un più preciso cenno in un recente lavoro di Ninni e Molinari), l'emolisi si manifestava molto più lentamente che nelle esperienze coll'etere.

Sciarra vuol togliere ora quasi ogni merito a questa mia modesta proposta di modificazione della Wassermann, pur chiamandola *unificazione del suo metodo colla W.;* il che veramente non è. Ma l'aggiunta dell'alcool al siero in esame, non escludendo l'antigeno, come io proposi, egli poi la riproduce, con qualche lieve modificazione, nei suoi lavori successivi!...

Il lettore confronti in proposito l'ultima mia tabella riportata nella nota del collega e la prima tabella *a* del medesimo, e giudichi serenamente.

V. GIUDICEANDREA.

Con ciò stimiamo chiusa la discussione. (*Nota della Redazione*).

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

Urticaria e fenomeni di choc da sforzo muscolare.

(PASTEUR VALLERY-RADOT, P. A. CARRIÉ, P. BLAMOUTIER e M. CAUDAT. *Presse Médicale*, giugno 1927).

Gli AA. descrivono il caso, raro nella letteratura, di una donna di 29 anni, apparentemente sana, che però proveniva da una famiglia di asmatici ed aveva sofferto dai 7 ai 15 anni attacchi di asma, in cui da 18 mesi ogni esercizio muscolare un po' intenso determinava la comparsa di una urticaria accompagnata e preceduta da sintomi clinici costanti (malessere, nausee, vertigini, senso di calore, astenia, costrizione al capo), che permettevano alla malata di prevedere sicuramente l'eruzione, a guisa di un'aura.

Nei primi mesi, occorreva uno sforzo violento e prolungato (salire rapidamente le scale, correre, camminare a lungo a passo affrettato); nelle ultime settimane era sufficiente una semplice passeggiata a passo normale o il solo disbrigo delle faccende domestiche.

Le prime crisi si erano accompagnate ad edema del volto fino alla deformazione. Parallela all'urticaria, si manifestava regolarmente una crisi di asma.

L'intensità dell'urticaria e dei sintomi generali era in rapporto con l'intensità dello sforzo fisico, che solo, a esclusione di altri agenti (calore, sole, e qualunque alimento), era capace di tale azione anafilattica.

Il racconto dell'inferma fu confermato e completato da osservazioni sperimentali: il salto *in situ*, modicamente affrettato, per 4 minuti, sì da non provocare stanchezza, fece comparire dopo 2 minuti chiazze eritematose sul collo, che durarono 3 minuti, senza altri sintomi; contemporaneamente pressione arteriosa e leucociti, dapprima elevatisi, si abbassarono al di sotto della norma.

Dopo 20' di riposo, 3',30" di corsa a passo ginnastico furono seguiti da affanno, vertigini e battiti alle tempie; coricata l'inferma, la pressione arteriosa ed i leucociti risultavano aumentati, aumentati i polinucleari eosinofili a scapito dei neutrofili. Dopo 3' dalla fine della corsa, larghe chiazze eritematose sulle braccia, sulle spalle, sul collo, poi sul torace e le coscie; su di esse sorse rapidamente un'eruzione confluente, di elementi rotondi od ovalari, della grandezza da una testa di spillo a una lenticchia, rilevati, d'un bianco opalino. Dopo 6', l'eruzione ha un aspetto nettamente urticato, la pressione arteriosa e la leucocitosi sono cadute sotto la norma. Dopo 7': estremo malessere generale, vertigini, ronzio alle orecchie, nausea; dopo 10', pallore improvviso, angoscia, perdita del polso e di ogni pulsazione allo sfigmotensiofono; respiro difficile a tipo asmatico, sibili numerosi su tutto l'ambito toracico, tremore generalizzato.

Il quadro dello choch dura pochi minuti; indi in meno di mezz'ora tutti i sintomi subiettivi ed obbiettivi dileguano; solo dopo un'altra mezz'ora si ha un rapido ed intenso brivido.

Ogni qualvolta si volle, si potè ripetere infallibilmente la prova, che riuscì solo meno drammatica allorchè si fece eseguire alla malata un solo esercizio fisico per l'esperienza.

Nelle prove successive si rilevarono altri segni: 1) albuminuria alla fine delle crisi; 2) transitorio aumento del contenuto di albumine nel siero di sangue subito dopo la prova; 3) aspetto rutilante del sangue durante la crisi; 4) diminuzione ulteriore, durante la crisi, della riserva alcalina del sangue, che già si trovava nella malata costantemente inferiore alla norma.

Mai aumento di temperatura; nessun disturbo di coagulazione; nessun fenomeno di precipitazione del siero nè mediante il contatto con siero normale nè col siero stesso della malata prelevato in periodo normale. Facendo eseguire movimenti limitati a un sol gruppo muscolare, mai si produsse urticaria locale.

*
* *

Cercando di indagare sulle cause di questo fenomeno strano ed importante, gli AA. pensarono dapprima a quella diminuzione dell'alcalinità del sangue constatata ripetutamente, per cui la loro inferma veniva a trovarsi in stato permanente di acidosi; ma nè l'ingestione di acido lattico (acido che pure è prodotto dai muscoli in movimento) determinava la crisi, nè, d'altra parte, l'ingestione di bicarbonato di soda, alla dose di 16 g. pro die per 3 e per 10 giorni, impedì o attenuò menomamente le crisi, benchè, in seguito a tale somministrazione, la riserva alcalina del sangue fosse divenuta anche superiore al minimo normale.

Invece l'iniezione endovenosa di 100 cmc. di bicarbonato di sodio al 3 %, benchè non riportasse l'alcalinità sanguigna che al minimo normale, impediva, per un certo tempo, completamente le crisi, nonostante sforzi ripetuti.

Gli AA. attribuirono allora tale effetto alla nota azione antianafilattica del bicarbonato di sodio, utilizzata nella pratica della terapia arsenobenzolica.

E saggiarono un altro sale neutro, conosciuto pure per la sua azione anticlasica, l'iposolfito di sodio, in egual dose e diluizione, per la stessa via; e questo dimostrò un'azione non solo eguale ma duratura (2 mesi, durante i quali apparvero però una coriza spasmodica e un lungo periodo di asma).

Altre 2 iniezioni successive di iposolfito provocarono esse stesse violenti fenomeni di choc; ma in seguito la sindrome morbosa mutò permanentemente, residuando solo minime eruzioni di urticaria di quando in quando, senza alcun altro sintoma, sì da permettere di nuovo all'inferma un'esistenza normale.

*
* *

Concludendo, gli AA. classificano il loro tra i soggetti così detti « colloidoclasici » secondo Widal (in questo caso la diatesi non era imputabile ad insufficienze endocrine), i quali reagiscono esageratamente, ma nello stesso senso del normale, a stimoli, quali lo sforzo fisico, che, in fondo, anche nel soggetto normale provocano uno choc in miniatura.

Gli AA. attribuiscono l'efficacia terapeutica definitiva dell'iposolfito di sodio, oltre che alla sua efficacia antianafilattica, a quegli chocs che determinò nella loro inferma, a causa appunto della sua suscettibilità ed instabilità colloidoplasmatica.

A. CORRADI.

Le reazioni biologiche e psichiche della demorfinizzazione.

(M. NATHAN. *Bulletin Médical*, luglio 1927).

Se i medici hanno definitivamente abbandonato la demorfinizzazione brutale e la demorfinizzazione molto lenta, le opinioni restano ancora divise sulla scelta fra i metodi molto rapidi o relativamente lenti.

Il complesso dei sintomi morbosi che si presentano nel corso della demorfinizzazione richiama l'idea della crisi vagotonica. Biologicamente questo stato si oppone alla simpaticotonia constatata nel corso dell'intossicazione. Ma la vagotonia è assai banale in patologia e può risultare da gran numero di cause. Le ricerche chimico-biologiche poco hanno aggiunto alle nostre conoscenze sulla essenza dei disturbi da demorfinizzazione e se non è lecito accettare la conclusione di Gelma, che attribuisce solo a cause emotive i disturbi da demorfinizzazione, non è dubbio che tali cause abbiano notevole importanza. Senza dubbio cause di ordine psichico possono provocare delle sindromi durevoli di squilibrio vago simpatico o endocrino, ma bisogna tener conto del fatto che nel corso della demorfinizzazione una dose di morfina, anche piccola, fa, almeno temporaneamente, sparire tutti i sintomi. In attesa che gli studi biologici e fisico-chimici chiariscano meglio la quistione, si può, in considerazione della incontestabile importanza del fattore psichico, inclinare per i metodi di demorfinizzazione piuttosto rapidi che, ben sorvegliati, sono poco dannosi. La rapidità relativa della soppressione della droga ha il vantaggio di evitare l'allontanamento prematuro del soggetto dal luogo di cura. Questa soppressione però non è che una prima tappa e la cura è incompleta e spesso inutile senza la rieducazione psicologica del soggetto.

TOSCANO

Sullo " scatenamento „ delle crisi epilettiche con l'adrenalina

(E. RIZZATTI. *Giorn. di Clinica Medica*, apr. 1927).

Le prove proposte per la determinazione dell'accesso epilettico, se non hanno un valore pratico medico forense essenziale, sono però di grande interesse teorico. L'alcool, la cocaina, il cloruro di sodio e, abbastanza recentemente, l'adrenalina furono proposti volta a volta per la rivelazione degli accessi epilettici. Il Benedek consigliò l'impiego dell'adrenalina per iniezioni sottocutanee alla dose di 1 mmgr., ma le esperienze di Dalma, di Bertolani e dell'A. non hanno confermato i risultati buoni ottenuti dal Benedek

Data l'inefficacia della prova sottocutanea, l'A. ha voluto provare le iniezioni endovenose di adrenalina, alle dosi di 3-4-5 decimi di mmgr. in soluzione fisiologica.

I risultati delle esperienze si possono così riassumere:

1) su 11 casi trattati, solo 4 hanno reagito con lo scoppio di convulsioni; con maggior frequenza le donne (3 casi su 4) che non gli uomini (1 su 7);

2) non vi è corrispondenza fra gravità del male, numero degli accessi, durata di essi e provocamento artificiale della crisi;

3) gli accessi, se il risultato è positivo, intervengono subito dopo la crisi adrenalinica, ma non sono costantemente provocati nel medesimo individuo; in qualche caso furono necessarie fino a tre prove;

4) la iniezione preventiva di atropina o di pilocarpina od anche di adrenalina stessa in 4 casi sperimentati negativi non ha portato a nessun deciso effetto;

5) l'adrenalina endovenosa non ha un'azione convulsivante generale, come ad esempio l'assenzio, perchè in vari controlli esperiti in molti altri malati non epilettici non ha mai portato allo scoppio di convulsioni;

6) le convulsioni sono probabilmente da addebitarsi alla improvvisa anemia corticale, che si avvera già spontaneamente all'inizio dell'accesso e che riduce o anche toglie le connessioni tra gli elementi nervosi ed i singoli campi corticali e quindi impoverisce o abolisce le sinergie funzionali da cui risultano la personalità, la coscienza e la inibizione, donde lo scatenarsi delle attività automatiche (Roncoroni).

L'anemia cerebrale non essendo l'unico coefficiente dell'accesso epilettico, in quanto la effettuazione di esso è subordinata alla ipertonia dei centri automatici delle aree motrici, è possibile che l'anemia del pallio in determinate e forse frequenti circostanze non trovi riscontro nell'altra condizione necessaria all'insorgenza dell'accesso epilettico.

TOSCANO.

Patogenesi delle eruzioni da siero.

(RAMEL. *Revue Méd.*, marzo 1927).

Eruzioni da siero precoci possono aversi nei primi minuti o nelle prime 24 ore dopo l'iniezione. Esse sono assai rare, ed avvengono quasi sempre in seguito ad una reiniezione. Sarebbero di natura anafilattica.

Reazioni tardive alle sieroiniezioni avvengono dopo 6-12 giorni, sono molto più frequenti delle prime, seguono spesso a una prima introduzione di siero e sono in rapporto colla quantità di siero iniettata. Consistono in eruzioni a tipo eritematoso e a tipo d'orticaria, prevalentemente negli arti inferiori, quasi sempre apiretiche, e che durano raramente più di 48 ore. Volendo spiegarle con la teoria dell'anafilassi, bisogna ammettere che nei giorni che seguono l'iniezione si formino lentamente anticorpi; formatisi in quantità sufficienti, essi entrerebbero in contatto con la quantità di antigene che resta ancora nell'organismo, promuovendo la liberazione di anafilatossina che dà la eruzioni. La lenta formazione di anticorpi nel soggetto spiega la poca entità degli accidenti **tardivi da siero.**

Tale teoria sarebbe dimostrata dal fatto, osservato dall'A., che il siero di un soggetto così trattato, iniettato ad altro soggetto, gli conferisce uno stato anafilattico *passivo*. Praticamente, il fenomeno si ricerca col procedimento di Praussnitz-Küstner (iniezione intradermica di siero sensibilizzato in un soggetto nuovo, e dopo 24 ore iniezione, nello stesso luogo, di siero antigene: si ha in situ una eruzione papulosa: anafilassi locale). Il principio anafilattizzante è termostabile. Se si modifica il procedimento nel senso di praticare la reiniezione nei muscoli, anzichè nel derma, la reazione è generale e non solo locale.

GARRONE.

RENI E VIE URINARIE.

Nefrite cronica e gravidanza.

(R. BECKERS. *Revue de Gynécologie et d'Ob.*, n. 2, febbraio 1927).

La nefrite cronica sia durante la gravidanza, sia dopo il parto può dar luogo talora a pericolose complicanze.

I disturbi digestivi, l'aumentato lavoro renale ed i disturbi circolatori che si hanno durante la gravidanza, aggravano talora la lesione renale; talvolta si può avere del tutto l'ostruzione di uno o di entrambi gli ureteri, per compressione.

La nefrite cronica è consecutiva ad una nefrite acuta; è necessario quindi, durante la gravidanza, di indagare se vi è stato nel passato una nefrite.

Talora la nefrite cronica è successiva ad una pielonefrite suppurata o ad una nefrite gravidica, la cui etiologia sfugge. Infine può aversi una nefrite cronica in seguito ad una tubercolosi renale o ad una sifilide; questi casi però sono molto rari.

Una nefrite cronica durante la gravidanza può non aggravarsi: può presentare un lieve aumento di albumina, con qualche emazia e cilindro.

Talora però può aggravarsi, e presentare i sintomi della forma acuta: cloruremia, azotemia, ipertensione.

La cloruremia è meno grave, e non ha nessuna influenza sul feto. Si possono avere edemi locali, cefalee, qualche disturbo visivo, raramente crisi di eclampsia.

La ritenzione ureica è più grave sia per il feto, sia per la madre, specialmente durante il puerperio, perchè si può aggravare fino al punto da condurre a morte.

I disturbi che in questo caso accusa l'infermo sono costituiti dal prurito e dai disturbi visivi, i quali arrivano fino alla cecità. Si riscontra all'esame una retinite, detta gravidica, caratterizzata da essudati biancastri e da piccole emorragie.

Su questa retinite le statistiche sono ancora discordi: Burnier, Slex ed Enteneuer riportano una percentuale di 1:3000 gravide; Polte che ha ricercato tale lesione sistematicamente nelle donne incinte, ha una percentuale del 2 %.

L'ipertensione arteriosa è grave per il feto, perchè spesso muore in seguito ad emorragia placentare, e per la madre, perchè dopo il parto persiste e si accentua.

La terapia di queste lesioni consiste nell'abbreviare il tempo del parto, mercè la narcosi eterea, non cloroformica, e nel regime alimentare.

Nella forma cloruremica, attenersi al regime ipoclorurato; proscritto il latte, si somministrerà carne, legumi, frutta; il tutto privo di sale.

Nella iperazotemia, bisogna attenersi al regime idrico, e somministrare dei purganti drastici; abolire gli albuminoidi, e dare legumi verdi, burro, frutta. Tale regime va regolato con la gravità dei sintomi; se appaiono gravi disturbi visivi, non esitare a provocare l'aborto.

L'ipertensione arteriosa impone un regime vegetariano assoluto; in caso di necessità si può anche ricorrere al salasso. CARUSI.

Le alterazioni cardio-vascolari nelle nefropatie.

(H. MACLEAN. *Lancet*, 11 giugno 1927).

Le varie forme di nefriti possono essere classificate in tre gruppi: nefrite acuta, nefrite idremica e nefrite interstiziale cronica o azotemica.

Nella nefrite acuta tutte le funzioni renali sono più o meno compromesse. C'è ritenzione di liquido e di sali per cui si hanno spesso edemi marcati, e c'è anche tendenza alla ritenzione degli ultimi prodotti del metabolismo dell'azoto con il conseguente loro accumulo nel sangue.

Nella nefrite idremica si ha difficoltà della escrezione di liquido e di sali, ma non delle sostanze azotate; perciò il sintoma più notevole è l'edema.

Nella nefrite interstiziale cronica di solito non si ha alcuna riduzione dell'eliminazione dell'acqua e dei sali, mentre c'è notevole diminuzione dell'escrezione di sostanze azotate. Si ha perciò accumulo di quest'ultime nel sangue e bassa concentrazione delle stesse nell'urina.

È ben noto come uno dei fatti clinici più evidenti della nefrite interstiziale cronica sia la ipertensione con la conseguente ipertrofia cardiaca. Spesso la pressione sistolica raggiunge i 200-250 mm. Hg. e l'itto della punta è spostato in basso ed a sinistra. La condizione può essere accompagnata da indurimento delle pareti delle arterie periferiche. È a notare che quest'indurimento, a meno che non sia molto marcato, è di difficile apprezzamento: la sensazione dell'arteria sotto il dito varia notevolmente con il tono vasale, per modo che un'arteria normale può apparire indurita e viceversa. Di solito c'è anche aumento della pressione diastolica, che nell'ipertensione ha importanza maggiore di quel che ha la pressione sistolica. La pressione diastolica alta ha un significato prognostico grave anche se la pressione sistolica non è molto elevata, e viceversa. È ovvio che la maggiore pressione sistolica in confronto di quella diastolica è indice della energia della contrazione cardiaca.

Occorre comunque tener presente che l'ipertensione è un sintoma molto comune delle nefriti interstiziali croniche, ma non costante. A parte il fatto che nel periodo terminale la pressione può essere più o meno normale ed anche subnormale in conseguenza della debolezza cardiaca, vi sono forme che decorrono fin dall'inizio e fino all'uremia terminale senza alcuna apprezzabile compartecipazione del sistema cardiovascolare.

L'ipertensione con ingrandimento del cuore può riscontrarsi anche nei casi gravi di nefrite acuta. Si tratta in ogni caso di un fatto transitorio perchè la tensione ritorna al normale con la scomparsa degli edemi, mentre il cuore riacquista gradatamente le sue dimensioni abituali. Di solito l'ipertensione si ha solo quando gli edemi sono molto marcati e la sua presenza in assenza di edemi deve fare pensare all'esacerbazione acuta di un processo renale cronico.

Nei casi non complicati la lesione renale regredisce e si ha guarigione completa. In alcuni casi invece i sintomi sono più persistenti e la lesione passa allo stato cronico. Allora la efficienza renale si abbassa gradatamente e contemporaneamente la pressione vasale tende ad elevarsi ed il cuore ad ipertrofizzarsi. Questo è il processo abituale, ma qualche volta si hanno

manifestazioni uremiche senza che la pressione si alteri, salvo l'elevamento avutosi nella fase acuta. In altri casi si ha il fatto opposto: la condizione renale, come è dimostrato dalle prove funzionali, migliora gradatamente fino ad apparire normale, mentre le condizioni cardiovascolari non manifestano alcuna tendenza al miglioramento, la pressione vasale si eleva ed il cuore s'ipertrofizza sempre più, fino a che la scena è chiusa dall'insufficienza cardiaca, da un'emorragia cerebrale o da qualche infezione.

Nella nefrite idremica non complicata, anche quando l'edema è molto grave, non si hanno alterazioni cardio-vascolari: la pressione non aumenta ed il cuore non subisce modificazioni. Quando questi fatti si verificano vuol dire che la nefrite idremica è passata nella forma interstiziale cronica. L'ipertensione è sempre indice di ritenzione di sostanze azotate.

L'ipertensione primitiva, o iperpiesia, si ha quando l'aumento della tensione vasale non è accompagnata da lesioni renali. La presenza di lieve albuminuria non indica una vera lesione dei reni, la cui efficienza è dimostrata normale dalle prove funzionali.

La lesione renale può essere secondaria, nel senso che l'alterazione arteriosa la quale provoca l'ipertensione, guadagna i vasi renali. Al riguardo si può dire che la prognosi dell'iperpiesia è in gran parte dovuta alla compartecipazione dei vasi renali. Quando il sistema vasale renale è risparmiato la prognosi è migliore di quando si ha la diffusione del processo morboso ai vasi dei reni con la conseguente alterazione funzionale di questi organi. Da ciò la necessità di procedere periodicamente all'esame della funzionalità renale degl'ipertesi.

Malgrado il fatto che in molti casi d'ipertensione non si riscontra alcuna lesione renale, molti autori opinano che l'aumento della tensione vasale ha sempre il suo punto d'origine nella sclerosi delle arteriole renali, ammettendo che la funzionalità dei reni può mantenersi buona anche quando la lesione dei vasi di questi organi non sia sufficientemente marcata da disturbare l'afflusso di sangue ai glomeruli. Ma è più verisimile che nell'iperpiesia la lesione primitiva non sta nei reni, ma che l'affezione è generale con tendenza a diffondersi a tutte le più piccole ramificazioni del sistema vascolare. Nell'iperpiesia i reni possono essere rapidamente alterati attraverso le lesioni degenerative delle arteriole, ma non raramente possono essere colpiti con lo stesso meccanismo altri organi, come la milza ed il pancreas.

DR.

CHIRURGIA DELLA FACCIA.

La chirurgia e la curieterapia degli epiteliomi del mascellare superiore.

(A. HAUTANT, O. MONOD et G. VERGER. *Journ. de Chirurgie*, n. 3, t. XXVIII, 1926).

Gli AA. distinguono, dal punto di vista chirurgico, due varietà nei cancri massivi del mascellare superiore a seconda cioè che la massa principale sia localizzata sul processo alveolare o si sviluppi nell'etmoide. A queste due varietà corrispondono due tipi di intervento e cioè l'estirpazione del tumore con resezione del mascellare superiore nel caso se si tratti di cancro del mascellare superiore, e l'asportazione del neoplasma per via para-latero-nasale, rispettando l'apofisi alveolare e il palato osseo nel caso di carcinoma delle fosse nasali. Il carcinoma del mascellare superiore comprende due varietà principali: l'osteosarcoma e l'epitelioma. Mentre la guarigione dell'osteosarcoma si ottiene con la sola chirurgia, l'epitelioma richiede, invece, altri sussidi terapeutici come dimostrano i numerosi tentativi fatti nell'Istituto del radio dell'Università di Parigi dal 1919 al 1926, dove sono stati utilizzati i seguenti mezzi:

1) la curieterapia è stata adoperata in 7 casi per mezzo di aghi forniti di emanazione di radio; due di questi casi permangono guariti rispettivamente di 5 anni e mezzo e quattro;

2) la roentgenterapia è stata impiegata in 4 casi con una guarigione;

3) l'associazione della curi e della Roentgenterapia è stata utilizzata in 5 casi. Tutti i malati, nel mese seguente alla cura, sono morti per recidive locali;

4) l'associazione della chirurgia e della roentgenterapia è stata usata in un caso e, malgrado una dose relativamente debole di raggi X, la lesione restò cicatrizzata per circa 10 mesi;

5) l'associazione della chirurgia e della curieterapia è stata usata nella maggioranza dei casi. Su 18 malati, in 8 non si è avuta recidiva, cioè il 44 %.

Per quello che si riferisce all'associazione della cura chirurgica e curiterapica gli AA. fanno rilevare come la chirurgia si proponga di togliere completamente il tumore, di sopprimere tutti i focolai di infezione, di evitare l'osteoradionecrosi. Il radio, nel trattamento degli epiteliomi del mascellare superiore, dovrà proporsi delle regole precise; infatti è pericoloso impiegare forti dosi di radiazione, poichè anche dopo un intervento chirurgico esteso potrà determinare la radio-necrosi nelle parti sane. Gli AA. in media, usano una dose che varia dalle 20 a 25 millicuries som-

ministrate in 4 giorni. Importante inoltre è il numero dei focolai, prescindendo dalla questione della dose totale. Gli AA. distribuiscono la dose di 20 millicuries in media in 18, 20 focolai. Per quello che si riferisce alla tecnica operatoria e all'anestesia ricordano come, per l'anestesia locale, adoperino la soluzione di novocaina all'1 %, mentre per l'anestesia regionale utilizzano la soluzione al 4 % a livello del nervo mascellare superiore nel fondo della fossa pterigo-mascellare. La scelta dell'incisione è varia a seconda dell'estensione e della sede del tumore. I focolai radio attivi debbono avere tutti la stessa intensità e la dose di 20, 25 millicuries è distribuita in 11 o 12 tubi in modo da avere una radiazione omogenea. Tutti questi tubi vengono situati sopra delle compresse e i fili di tutti i tubi sono riuniti in un fascio unico che fuoriesce dalla narice. Quanto alle cure post-operatorie ricordano come dopo aver levato i tubi di radio, la cavità sarà irrigata con soluzione leggermente antisettica. Nei giorni seguenti si nota come detta cavità si ricopra di piccole croste biancastre o leggermente gialle; dopo il primo mese, la cavità si presenta liscia e umida. Nei primi due mesi si nota qualche lieve dolore, che poi scompare.

Il primo giorno dopo l'operazione, in genere, non si ha temperatura, nei giorni seguenti può raggiungere anche, specie dopo il 4° giorno 38,5°. Gli accidenti post-operatori sono rappresentati dalle emorragie, dalle nevralgie, da disturbi oculari (turbe della visione, chemosi). Per applicare la protesi occorre attendere la cicatrizzazione completa. In genere dopo 2-6 mesi. Applicata la protesi la fonazione torna quasi normale. Come fattore di gravità e quindi di prognosi riservata sono da considerare l'invasione dell'orbita, della volta del palato e della fossa pterigo-mascellare; l'invasione della pelle e della mucosa del giugulo, nonchè l'invasione dei gangli.

T. LAURENTI.

Osteomielite purulenta acuta del temporale da proiettile rimasto infisso nella rocca per 18 anni (estrazione). Contributo alla chirurgia del temporale per colpi d'arma da fuoco nell'orecchio.

(G. FERRERI. *Valsalva*, gennaio 1927).

L'A. riferisce su di un caso di estrazione di proiettile rimasto infisso profondamente nella rocca per 18 anni in seguito a tentativo di suicidio. L'ammalato fu condotto all'atto operativo per gravi fatti acuti, improvvisamente comparsi in un focolaio d'osteomielite purulenta stabilitasi attorno a corpo straniero.

Il paziente presentava trisma, dolore intollerabile profondo nel mezzo del capo, febbre a 39°, brividi, malessere intenso.

All'esame esterno nulla potevasi apprezzare giacchè il condotto uditivo appariva abolito per una stenosi ossea totale.

La regione pretragica era fortemente tumefatta e vivissimamente dolente alla pressione. Mediante radiografie, in proiezione antero-posteriore, latero-laterale ed assiale, si dimostrò un grosso proiettile deformato, profondamente incastrato nel margine anteriore della rocca verso l'apice della piramide, in corrispondenza, del canale carotideo e della tuba ossea. La rocca appariva più piccola di quella del lato opposto e completamente eburneizzata.

Il proiettile venne estratto per via retro-auricolare resecando la mastoide secondo il classico metodo di Schwartze, benchè l'osso eburneizzato nessun punto di repere più concedesse all'operato. La sgorbia tagliava in pieno avorio e fu possibile la guida solo sotto controllo delle lastre radiografiche.

L'incisione esterna venne condotta dal terzo medio della mastoide in alto, circondando l'emicirconferenza superiore del padiglione fino al solco anteriore dell'orecchio.

Con lo scollamento completo del padiglione e dopo averlo rovesciato in avanti ed in basso si riuscì a mettere assolutamente allo scoperto tutta la regione del condotto uditivo osseo, dalla parete anteriore fino ai legamenti della articolazione temporo-mascellare.

Nonostante la larga resezione anche della parete supero-anteriore del condotto, l'articolazione temporo-mandibolare venne assolutamente risparmiata.

Fra i metodi chirurgici da seguire nell'estrazione di proiettili profondamente infissi nella rocca (via pre-auricolare via sopra-auricolare, via retro-auricolare) l'autore è decisamente favorevole alla via retro-auricolare.

POLLITZER.

Sulla radiumchirurgia nei tumori maligni dell'etmoide e del mascellare superiore.

(G. FERRERI. *Radiologia Medica*, novembre 1926).

L'A. riporta 5 casi di tumori maligni del mascellare superiore, da lui operati con resezione parziale delle ossa invase e con larga exeresi chirurgica, delle masse neoplastiche, convinto di dover cercare di far agire più profondamente possibile l'energia radioattiva sicchè essa possa operare fin sopra i tessuti sani, inducendo in

questi un vivace processo di difesa e di sbarramento contro l'invasione tumorale.

Trattavasi di due epiteliomi, un papilloma maligno, un cilindroma, ed un endotelioma. Soltanto uno degli ammalati si ripresentò dopo 14 mesi con una recidiva in situ: gli altri 4 sono perfettamente guariti e datano da quasi due anni dall'operazione subita.

L'A. ritiene coefficente fondamentale per una corretta e precisa applicazione radiumterapica quello di non omettere mai l'esame istologico del tumore da irradiare, al fine di potervi agire con una esatta dose variabile a seconda della natura e della malignità del tumore stesso.

L'Autore è favorevole alle dosi medie di radium, da 15 a 25 milligrammi di radium elemento, lasciate a contatto del tumore per 4 o 5 giorni, fino a consumare in media dalle 13 alle 20 millicuries.

Sconsiglia di oltrepassare le 20, 25 millicuries per non correre il pericolo di andare incontro a necrosi o sequestri delle parti circostanti al tumore. Non ha notato nessun inconveniente nè locale, nè generale nei suoi operati.

POLLITZER.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

L. FERRIO. *La diagnosi clinica delle malattie interne.* Vol. III. *Sistema nervoso* (seconda edizione interamente rifatta, con 294 figure in parte a più colori). Unione Tip.-Editr. Torinese.

E' un volume di grossa mole nel quale sono tratteggiati i quadri nosologici delle varie malattie del sistema nervoso, non già l'uno dopo l'altro, secondo il metodo usuale, ma in maniera, per così dire, comprensiva, giusta il processo logico che si forma nella mente del diagnosticatore.

Al dottrinale anatomico, esposto volta per volta, l'autore fa immediatamente seguire l'applicazione clinica, di modo che riesce facile al lettore rendersi ragione dei sintomi che insorgono per la offesa di questa o quella parte del sistema nervoso. Viene quindi ancora una volta valorizzata l'importanza del metodo anatomo-clinico, vanto principale della scuola neuropatologica di Roma.

Il libro ha inizio con alcuni capitoli sulla ereditarietà e sulle alterazioni del cranio e della colonna vertebrale in rapporto con la diagnosi neuropatologica. Ne seguono altri sui fondamenti anatomici dei sintomi indiretti, e per ultimo i capitoli speciali sulla diagnosi delle varie affezioni del cervello, del midollo spinale, dei nervi periferici, e sulle psiconevrosi.

Quasi in ogni argomento l'autore porta una nota personale, che rivela la sua vasta coltura, non solo nel campo neuropatologico, ma anche in quello della medicina generale, nella quale possiede una competenza indiscussa. Accanto agli stranieri sono largamente citati anche gli autori italiani, e le loro opere messe in prima linea.

Il volume del Ferrio costituisce un'opera veramente pregevole, che merita di essere raccomandata a tutti coloro che coltivano le discipline neuropatologiche, sopratutto ai giovani che hanno bisogno di addestrarsi nell'arduo compito della diagnosi.

Perfetta la veste tipografica; ottime, se pur non sempre originali, le illustrazioni cliniche e anatomo-patologiche.

FUMAROLA.

C. LEVADITI. *L'herpès et le zona.* Un vol. in-8° di 388 pag. con 87 fig. ed una tav. in colori. Masson e C.ie ed., Parigi, 1926. Prezzo 6 fr. svizzeri.

L'intricata questione degli erpeti, in questi ultimi tempi ha attirato molto l'attenzione degli studiosi, che tentano di dilucidarla dal complesso delle osservazioni che si sono venute accumulando su di essa. L'A. riunisce qui agli erpeti, la zona; trattasi in verità di due malattie differenti, determinate da virus distinti, che hanno però in comune la natura infettiva e contagiosa ed il neurotropismo dei germi che le provocano In entrambi i processi, di fatto, è preso non soltanto l'ectoderma (pelle e mucose) ma anche quella parte di esso che, invaginandosi, è venuta a costituire il sistema nervoso, donde il nome di ectodermosi neurotrope, sotto cui l'A. riunisce anche altre malattie, quali la rabbia, la poliomielite, l'encefalite epidemica. Ed ai rapporti di quest'ultima con l'erpete, l'A. dedica tutto un capitolo.

Il libro che costituisce un'ottima « *mise au point* », mostra un'impronta spiccatamente personale (giustificata dal fatto che l'A. ha portato sull'argomento un largo ed importante contributo di ricerche e vedute proprie), ma tiene anche in giusta considerazione i lavori di tanti altri autori, non esclusi gli italiani.

fil.

KURT SINGER. *Leitfaden der neurologischen Diagnostik.* 2 Auflage. Ed. Urban. Schwarzenberg, Berlino, m. 11.40.

Il Manuale di diagnostica delle malattie del sistema nervoso del Singer si è arricchito, in questa seconda edizione, di un utile capitolo introduttivo sull'esame nevrologico. Ogni singolo ar-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

gomento è stato poi maggiormente sviluppato e sopratutto le questioni riguardanti la patologia delle glandole a secrezione interna, del simpatico, del sistema extrapiramidale sono state oggetto di un'accurata trattazione.

L'Autore si è sempre più preoccupato di rendere questo manuale una guida pratica per i medici e per gli studenti allo studio minuzioso dei diversi sintomi nevrologici in rapporto alla diagnostica differenziale. Ed ha raggiunto il suo intento, poichè è riuscito a mettere in rilievo, in una esposizione ordinata e breve, i criteri più utili nella *praxis* medica per una giusta valutazione della complessa sintomatologia nevrologica.

D. PISANI.

KAFKA V. *Taschenbuch der praktischen Untersuchungsmethoden der Körperflüssigkeiten bei Nerven- und Geisteskrankheiten.* Dritte Auflage. Berlin, Springer, 1927. Mk. 6.60.

Questa 3ª edizione del libretto del Kafka, mantiene gli stessi caratteri e tratta gli stessi argomenti della 2ª edizione. Essa peraltro è ampliata aggiungendo quelle ricerche modernissime che sono entrate nella pratica corrente nello studio delle varie affezioni del sistema nervoso. Così in questa edizione è esposta la tecnica della puntura della cisterna, della determinazione del Ph, del quoziente albuminico, sono trattate le reazioni di Lüttge e di von Mertz, la reazione alla paraffina, la Trübung-reazione e la determinazione dei gruppi sanguigni.

E. T.

ROUQUIER A. *Précis de séméiologie neuro-psychiatrique.* O. Doin, édit. Paris, 1927.

Il libro che il Rouquier, medico militare ed insegnante nella scuola medica di Val-de-Grace, ha scritto con piano originale ed alla portata di qualsiasi studente o praticante, è destinato a tracciare nella mente del lettore le linee direttive della semeiologia neuropsichiatrica.

Nella prima parte viene trattata la semeiologia neurologica partendo da quanto ha attinenza con la via piramidale per giungere alle moderne cognizioni riguardanti le vie extrapiramidali ed i nuclei grigi centrali, alla semeiologia della via sensitiva, periferica, ecc.

Nella seconda parte sono descritti gli stati psicopatici costituzionali, i disturbi mentali acuti, i disturbi mentali cronici, le epilessie, l'istero-epilessia: su questi stati mentali l'A. particolarmente si indugia apportandovi il frutto delle acquisizioni personali ricavate dal servizio prestato in un reparto di neuropsichiatria militare.

MONTELEONE.

QUESTIONI DEL GIORNO.

I progressi tecnici ed igienici della scrittura.

Mentre il linguaggio parlato non ha bisogno di alcuno strumento d'espressione, il linguaggio scritto o grafico non può essere espresso senza l'aiuto di un qualche meccanismo, salvo, s'intende, l'uso rudimentale del dito su sostanze polverose o molli, o intinto in qualche sostanza colorante.

Dallo stilo alla macchina da scrivere v'è tutta una serie di strumenti che attesta i progressi della tecnica al riguardo: la penna d'oca, la penna d'acciaio, la penna stilografica. Quest'ultima, in fatto di comodità, offre notevoli vantaggi: possibilità di trasportare sulla persona penna ed inchiostro, inalterabilità ed elasticità del pennino, continuità della scrittura senza interruzioni per intingere la penna. Ma senza dubbio è la macchina da scrivere il meccanismo che offre i maggiori vantaggi di comodità e d'igiene.

L'uso della macchina da scrivere va diffondendosi ovunque: limitata dapprima agli uffici statali e commerciali si è insinuata ora negli studi di professionisti. E mentre prima era destinata unicamente alla copia, oggi viene usata per la scrittura diretta un po' da tutti, da professionisti, letterati, scienziati e commercianti.

Il volume e il peso non la rendono facilmente trasportabile, il costo non la rende alla portata di tutti. E per questi svantaggi che la macchina da scrivere non soppianterà mai la penna, e perciò ai bambini dovrà essere sempre insegnata la scrittura tradizionale.

Il linguaggio grafico senza l'aiuto di meccanismi complicati ed ingombranti è oramai diventata una funzione indispensabile quasi come il linguaggio parlato. Esso costituisce per l'individuo una capacità necessaria al vivere sociale e che deve essere disimpegnata con i mezzi più semplici. Non a torto il Bianchi ammetteva nel cervello un centro motore per la scrittura, centro in via di evoluzione, come ammetteva un centro visivo speciale per la lettura.

La macchina da scrivere rappresenta un mezzo sussidiario di scrittura che, a parte le già accennate qualità negative, alle quali va aggiunta quella del rumore, offre notevoli vantaggi di comodità, di rapidità, e, sopratutto per quel che interessa i medici, d'igiene specie per quelli che devono scrivere molto come per quelli che devono leggere le lunghe scritture di altri.

La scrittura a penna obbliga ad una posizione asimmetrica ed inclinata del tronco che può con-

durre a deviazioni permanenti, ad un'inclinazione del capo che favorisce i vizi di refrazione dell'occhio, ed infine accentua il destrismo.

Lo sviluppo armonico delle masse muscolari è propizio allo stato di salute. Il destrismo ed il mancinismo sono condizioni sfavorevoli anche per il rendimento di lavoro. Per lo sfruttamento completo della macchina umana occorrerebbe che ambo le mani siano capaci di eseguire egualmente il medesimo lavoro, che abbiano la stessa forza, la stessa agilità, la stessa prassi. Inizialmente gli uomini sono ambidestri, è solo con lo sviluppo successivo, con l'esercizio e l'abitudine che un lato prende la prevalenza sull'altro, e questa prevalenza è accentuata in tutti i suoi caratteri dalla scrittura comune, tanto più che l'insegnamento della scrittura è praticato quando l'organismo ha la maggiore capacità di adattamento.

Si è detto che la macchina da scrivere costituisce un mezzo di prevenzione della mogigrafia. In effetti finora non sono stati registrati casi di crampi dei dattilografi. E la patologia e la casistica dimostrano poco probabile una tale evenienza. In effetti i crampi professionali più che dalla ripetizione dei movimenti sembrano dovuti alla contrazione prolungata di quei gruppi muscolari che concorrono alla presa di uno strumento. La ripetizione prolungata dei movimenti provoca stanchezza ma non i disturbi che caratterizzano i crampi professionali, perchè il ritmo di lavoro e di riposo è una legge fisiologica generale che consente la restaurazione nutritiva dei tessuti in lavoro. Invece il tenere a lungo in contrazione un muscolo implica uno sforzo continuo delle fibre muscolari e del relativo apparato nervoso centrale e periferico che non può non avere ripercussioni dannose sulla loro nutrizione e quindi sulla loro funzione.

Le ricerche elettriche hanno confermato questi dati dottrinali in quanto nella mogigrafia si ha una diminuzione dell'eccitabilità faradica dei muscoli del pollice e dell'indice, ossia delle dita che concorrono alla presa della penna.

Ed il vero disturbo del crampo degli scrivani è nel difetto di presa. Il paziente non può scrivere correttamente perchè l'indice ed il pollice si rifiutano di stringere convenientemente la penna.

D'altra parte statisticamente risulta che i crampi si manifestano più frequentemente in quelle professioni che obbligano alcuni gruppi muscolari a tener in presa un determinato oggetto assoggettandoli ad una fatica cronica.

I casi di mogigrafia costituiscono il 90 % dei crampi professionali; seguono i crampi dei violinisti, nei quali il disturbo colpisce prevalentemente i muscoli deputati alla presa del manico del violino; e poi quelli dei telegrafisti, nei quali sono colpiti prevalentemente i muscoli deputati alla presa del tasto dell'apparecchio trasmettitore.

Analogamente avviene in tutti gli altri crampi professionali: così nelle ballerine il disturbo colpisce esclusivamente quei gruppi muscolari delle gambe che sono tenuti in contrazione prolungata per eseguire il passo sulle punte dei piedi.

Lo strumento che ha maggiori analogie con la macchina da scrivere è il pianoforte. Nei pianisti il crampo è possibile, ma raro. Anche in questa forma il disturbo è provocato dalla contrazione prolungata di alcuni gruppi muscolari tendente a mantenere in flessione l'avambraccio e a tenere quest'ultimo, il carpo ed il metacarpo nella posizione più favorevole per rendere i movimenti delle dita più veloci e più validi. Ma nella dattilografia questa uniformità di posizione non è indispensabile e d'altra parte il soggetto dalle esigenze stesse dell'uso della macchina è costretto ad eseguire movimenti di ambo gli arti superiori, che interrompono ogni eventuale contrazione.

Certo il maggior vantaggio della scrittura a macchina è tratto dai lettori. I caratteri eguali, grandi, a contorni netti, bene allineati non possono non avere una benefica influenza sullo spirito e sulla vista di chi legge. La scrittura comune obbliga ad uno sforzo di interpretazione esauriente ed irritante, e ad un lavoro dell'apparato visivo che determina o accentua i vizi di refrazione. Sanno i tipografi a quanta minore fatica, quanta minore perdita di tempo e quanti minori fastidi procura loro il comporre da originali scritti a macchina, che pertanto risparmia maledizioni ed imprecazioni d'ogni genere agli autori. Questi in genere hanno poca pietà per i tipografi, e non ne possono avere molta perchè la fretta dello scrivere storpia orribilmente la calligrafia. Sarebbe pertanto opportuno che tutti coloro che devono dare i loro scritti alle stampe imparassero a scrivere a macchina sia per il vantaggio personale sia per riguardo alla salute dei nervi e della vista dei tipografi.

Senza dubbio alla dattilografia è riservato un grande sviluppo. La macchina da scrivere in Italia è ancora poco usata in confronto di altri paesi, specie dell'America. Il costo relativamente alto ne limita la diffusione. Ma non è dubbio che la concorrenza delle varie fabbriche e delle varie nazioni (anche in Italia oggi se ne fabbricano delle ottime) la renderà alla portata di tutti coloro che attualmente devono usare a lungo la penna.

G. DRAGOTTI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 28 maggio 1927.

Presidenza: prof. R. ALESSANDRI, presidente.

Il PRESIDENTE legge lettere di ringraziamento dai dottori Castellani, Roux e Vincent per le rispettive nomine a socio onorario nazionale ed a socio corrispondente estero.

Comunica inoltre una lettera (4899 in data 7 maggio) del Ministero della P. I. che notifica come il 30 e 31 maggio saranno celebrate dalla Società Medico-Psicologica di Francia, a Parigi, il centenario della morte di Pinel ed il centenario della nascita di Vulpian; in tale occasione l'Ambasciata di Francia sarebbe lieta se le Accademie d'Italia inviassero delegati. Il PRESIDENTE prega quindi i soci di volergli notificare se alcuno di essi è disposto ad accettare tale invito.

Alcune duodeno-digiunostomie.

Prof. V. PUCCINELLI. — L'O. si intrattiene da prima sulla diagnosi della stasi duodenale e ne dimostra le difficoltà anche ricorrendo all'ausilio della radiologia; riferisce poi dettagliatamente di 4 casi osservati personalmente, ch'egli curò chirurgicamente mediante la duodeno-digiunostomia, ottenendo sempre dei buoni risultati. Si intrattiene su dettagli operatori.

Il prof. ALESSANDRI mette in rilievo l'importanza del deperimento grave, presente in molti casi ed anche in uno da lui osservato; in questo l'esame radiologico fu decisivo mettendo in evidenza un megaduodeno, ed all'atto operativo fu possibile estrinsecare, attraverso il mesocolon, una plica della terza porzione del duodeno, in modo da poter applicare agevolmente l'enterostato a tre branche.

Il metodo grafico nello studio della cicatrizzazione delle ferite.

CHIASSERINI prof. A. e FERRETTI dott. L. — (Espone la comunicazione il prof. CHIASSERINI). L'O. ricorda precedenti ricerche di altri AA., intese a studiare con metodi vari, il decorso macroscopico delle lesioni di continuo.

Espone poi un personale metodo grafico basato su misure prese col compasso delle dimensioni delle ferite e tradotto poi in diagramma.

Espone osservazioni sull'uomo e ricerche sperimentali sugli animali nei quali ha studiato il decorso delle ferite sotto l'influenza della simpatectomia periarteriosa e della medicatura insulinica.

In linea generale le lesioni di continuo da prima non si modificano, poi cominciano a restringersi lentamente ed è solo in un terzo periodo che rapidamente si chiudono.

La simpatectomia periarteriosa non apporta modificazioni, mentre la medicatura insulinica accelera la guarigione ed in pratica si dimostra utile sopratutto nei casi di granulazioni torpide. Seguono proiezioni dimostrative.

Il prof. BAGLIONI chiede se gli OO. non abbiano eseguito esperimenti col metodo fotografico in serie che si è dimostrato particolarmente utile nello studio del germogliamento delle piante, ed è molto preciso.

Il prof. CHIASSERINI ammette la maggiore precisione del metodo fotografico, ma crede che agli effetti pratici e per la trasformazione delle misure in diagramma, il metodo esposto abbia il pregio della semplicità e corrisponda bene.

Le leggi dell'acustica musicale come base di un nuovo metodo di ascoltazione. L'applicazione alla clinica del principio fisico dell'interferenza.

PARODI dott. F. — Tenendo conto che i suoni polmonari che si ascoltano alla periferia del torace hanno tonalità basse fisiologicamente, e tonalità alte patologicamente, l'O. ha ideato un apparecchio che chiama « Fonoselettoscopio » basato sul principio dell'interferenza dei suoni, col quale si riescono a smorzare i toni che si formano in un parenchima di densità normale o fisiologico, ed a mettere invece in rilievo tutti i suoni che si formano in ambiente patologico. Questo apparecchio riesce utile altresì per la localizzazione dei rumori.

Il prof. BAGLIONI chiede se l'apparecchio è basato solo sui tubi di Quincke ossia solo sullo smorzamento di alcuni toni, o anche sull'applicazione di tubi risonatori per accrescere altri toni.

Il dott. PARODI risponde che non ha adoperato tubi risonatori, bastando lo smorzamento di alcuni toni per rendere ben percepibile con le originali caratteristiche i toni che si desidera mettere in rilievo.

La sintalina nella cura del diabete mellito. Osservazioni sul meccanismo d'azione ed esperienze cliniche.

SILVESTRI prof. S. — L'O. riferisce proprie osservazioni sull'azione della sintalina, che è una guanidina polimetilata recentemente proposta come succedanea della insulina. Egli ha applicato la cura sintalinica su 7 malati dei quali 3 erano da lui ben conosciuti.

Ha ottenuto risultati poco incoraggianti, poichè la sintalina si è limitata ad agire in alcuni casi sulla glicosuria, ma non sulla glicemia, nè sullo stato di acidosi. Inoltre dà con facilità disturbi gastro enterici.

Per questo non crede che possa essere utilmente consigliata come succedanea dell'insulina.

Osservazioni sopra un caso di leucemia acuta.

GHIRON prof. M. — L'O. comunica un caso di leucemia acuta con prevalenza di linfociti e linfoblasti; in alcuni dei quali ha osservato, all'ultramicroscopico, dei corpiccioli ovali mobili.

Essendo l'ammalata venuta a morte, l'O. ha proseguito le ricerche sul midollo osseo, sulla milza, sui gangli mesenterici. Nei linfociti e linfoblasti di questi ultimi, mediante la colorazione di Giemsa, ha posto in rilievo dei corpicciuoli riportabili ai cosidetti *corpi della leucemia* descritti per primo dall'Jokmann. All'ultramicroscopio osservò poi corpicciuoli che apparivano simili a quelli osservati nei linfociti e linfoblasti circolanti.

Le colture rimasero negative. L'O. passa a discutere il significato di questi corpicciuoli, e fa un esame critico della teoria parassitaria della leucemia acuta, per la quale propende.

Il prof. ALESSANDRINI P., riferendosi a 3 casi personalmente osservati, di leucemia acuta, fa rilevare come sia difficile dar valore al reperto di granuli mobili che tanto facilmente si osservano nelle cellule bianche.

Il prof. GHIRON risponde rilevando le differenze che esistono fra i corpuscoli mobili da lui osservati ed i granuli leucocitari comuni.

Tumore del legamento gastro-colico.

ASCOLI prof. V. — L'O. illustra un caso personalmente osservato di tumore del legamento gastro-colico interessante lo stomaco ed il colon, intrattenendosi anche genericamente sulla sintomatologia clinica e sulla diagnostica di tali casi. Presenta poi il pezzo anatomico che venne asportato dal prof. Alessandri.

Il prof. ALESSANDRI dietro invito del prof. Ascoli, riferisce sull'operazione eseguita.

Egli dice che, nonostante le gravi condizioni di deperimento dell'ammalata, giudicò possibile l'intervento non risultando diffusione del processo, nè idrope, nè ingorghi gangliari al cavo sopraclavicolare sinistro.

Aperta la cavità addominale con incisione pararettale destra, potè procedere alla asportazione del tumore, che richiese la resezione di una parte della grande curvatura dello stomaco e del colon col relativo meso in cui erano numerosi gangli. Fu dovuta asportare anche una larga zona della parete addominale in corrispondenza dell'ombelico quasi per tutta la larghezza dei due retti, ciò che rese difficile la ricostruzione della parete addominale, la quale fu fatta con punti a V a tutto spessore. L'operazione fu eseguita in anestesia spinale tutocainica fortunatamente completa e con buon rilasciamento muscolare. L'intervento è stato sopportato benissimo, ed ora, a quindici giorni di distanza l'esito immediato può dirsi sicuro.

V. PUNTONI, *segretario.*

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 1° luglio 1927.

Patologia canalicolare del nervo ottico. Studio Roentgenstereoscopico.

Prof. BERTOLOTTI. — Discusso il termine di patologia canalicolare del nervo ottico, lanciato dalla scuola francese, fa rilevare che tutti i meccanismi invocati a proposito di questa patologia, devono ancora essere sottoposti a revisione, e che nessuna delle varie ipotesi emesse fino ad oggi ha ricevuto sanzione dell'anatomia patologica e dell'indagine Roentgen.

L'O. riferisce sulle sue ricerche sul canale ottico eseguite, nell'Istituto di Radiologia dell'Ospedale Maggiore, in questi ultimi anni: su 230 casi di sinusiti posteriori con reazioni perisinusali vennero riscontrate 19 volte delle alterazioni del nervo ottico.

Si dilunga a parlare dell'enorme valore dell'indagine Roentgenstereografica che permette una meravigliosa introspezione del cranio del vivente: con questo metodo i rapporti dell'apice orbitario sono svelati all'oftalmoscopio in modo insuperato. I roentgenstereogrammi del canale ottico permettono di studiarne i rapporti topografici col seno sfenoidale, colla cellula etmoidale postrema di Onod e persino coi prolungamenti posteriori del seno frontale. Cita i lavori di White sull'argomento e discute il valore dell'opinione, secondo la quale nella pansinusite cronica con alterazioni del n. ottico si dovrebbe sempre intervenire chirurgicamente, quando il calibro del canale ottico è inferiore ai mm. 4,68, sui seni posteriori, onde ottenere una decongestione delle guaine del nervo, impegnate nel canale. Riconosce la fondatezza di questa teoria che egli condivide poichè ritiene che l'immensa maggioranza delle nevriti ottiche rinogene dipenda da disordini circolatori; non può però accettare come dogma la cifra citata di mm. 4,68 sia per le variazioni individuali molto late, sia perchè l'O. ha riscontrato molti casi di pansinusite cronica senza nevrite ottica con un diametro del canale ottico inferiore a mm. 4,68 e viceversa ricorda parecchie sue osservazioni di nevrite ottica rinogena con un diametro del canale superiore a 5 ed anche a 6 mm. Il restringimento osseo del canale ottico venne dall'O. riscontrato soltanto due volte su numerosi casi studiati: in queste due osservazioni singolari il foro ottico misurava rispettivamente mm. 1,9 e 3,4, ma il reperto oftalmoscopico dimostrava una atrofia semplice primitiva senza fatti infiammatorii ed un restringimento concentrico del campo visivo. L'O. in base alle sue ricerche ritiene che la nevrite ottica rinogena nel più dei casi sia dovuta a disordini circolatorii e quindi non possa differenziarsi dal vasto campo delle nevriti retro-bulbari.

Ricerche comparative sul contenuto di anticorpi nella linfa e nel sangue.

P. NIGRISOLI. — Ha studiato nel coniglio il contenuto di anticorpi nella linfa del dotto toracico comparativamente a quello del sangue ed è pervenuto alle seguenti conclusioni: 1) il potere battericida è ben manifesto, aspecifico rispetto ai germi presi in esame e meno termostabile di quello del sangue; 2) il potere complementare è termolabile e notevolmente minore di quello del siero di sangue; 3) il potere opsonico è alquanto maggiore di quello del siero di sangue, ma non è specifico; 4) il potere batteriotropico è in genere un po' più intenso di quello del siero di sangue, non è specifico, resiste alla temperatura di 56° per mezz'ora, ma non a quella di 60°; 5) il potere agglutinante specifico è assai scarso o addirittura nullo in confronto di quello del siero di sangue. La linfa ed il sangue presentano un contenuto di anticorpi notevolmente differente: queste differenze sono specialmente evidenti per ciò che riguarda il potere complementare e quello agglutinante. Dott. G. VILLATA.

Associazione dei Medici-Chirurgi Specialisti di Palermo.

Seduta di maggio 1927.

Presidenza: prof. TEBALDO CIMINO, presidente.

Tracoma e scuola.

Prof. B. TRISTAINO. — Sulla scorta di dati statistici pone in rilievo che la più alta percentuale di tracomatosi è data dai bambini. La lotta dev'essere inizata negli Asili infantili e nelle Scuole.

L'O. invoca la separazione dei bimbi tracomatosi da quelli che non lo sono, colla costruzione di appositi locali, adeguati ai bisogni della popolazione scolastica cittadina e illustra la necessità che gli Asili e le Scuole per tracomatosi sieno nello stesso tempo anche *Solarii* e *Sanatorii;* che sia resa obbligatoria la visita periodica di tutti gli alunni delle scuole pubbliche e private. Rileva ancora come il tracoma sia un triste privilegio delle classi povere, e perciò alligni — come il linfatismo, il rachitismo, la tubercolosi — là dove più misere sono le condizioni igieniche ambientali e invoca che al problema scolastico del tracoma sia strettamente connesso quello delle abitazioni dei poveri.

La cura della pleurite coi raggi ultravioletti.

Prof. B. CAFFARELLI. — L'O. tratta della cura delle pleuriti coi raggi ultravioletti; enumera le controindicazioni di tale cura e mette in particolare rilievo il dosaggio su cui è basata la tecnica dell'attinoterapia. Descrive le reazioni biologiche cutanee e del metabolismo di certe sostanze (calcio, glucosio, tirosina) ed espone infine la sua statistica di tre anni, in cui ha curato coi raggi U. V. 50 ammalati: 20 di pleurite secca e 30 di pl. essudativa cronica, con ottimi resultati, controllati radiologicamente e con ricerche varie.

La cura è durata, in genere, due mesi, e mai ha provocato inconvenienti.

L'acridino-terapia nella blenorragia e nelle infezioni delle vie urinarie.

Dott. F. MISURACA. — L'O. s'intrattiene sul nuovo mezzo terapeutico: l'acridinoterapia. Ha ottenuto vantaggi più evidenti che non coi metodi di cura finora usati.

Nei casi recentissimi la terapia acridinica locale gli ha dato resultati insperati. L'O. concludendo questa prima parte, afferma che tavolta, l'acridinoterapia, da sola, gli è apparsa insufficiente e che pertanto ritiene che tale cura debba essere integrata con le cure locali le più opportune.

I resultati ottenuti dall'acridinoterapia usata sia per via endovenosa, sia con applicazioni locali, in alcuni casi di infezioni delle vie urinarie non tubercolari sono stati incoraggianti, quantunque talvolta limitati. Tali limitazioni sarebbero legate all'età e alle condizioni speciali dei soggetti.

Prof. CASCIO ROCCA. — Riferisce che la conclusione che la tripaflavina da sola, per via endovenosa in tali casi, molto spesso non porta a guarigione, mentre usata unitamente alla cura locale sembra che venga a sensibilizzare i gonococchi verso i comuni antisettici locali.

Prof. G. ADAMO. — A proposito di nuovi metodi di cura diretti contro le infezioni delle vie urinarie, è lieto di comunicare il brillante resultato ottenuto in un suo congiunto, da tre mesi affetto da pielonefrite ribelle a qualsiasi cura, con l'uso della *uroterapia* proposta recentemente dal prof. Cimino.

Prof. T. CIMINO. — Ringrazia il prof. Adamo della comunicazione del suo importante caso e coglie l'occasione per ritornare sull'argomento della uroterapia da lui proposta di recente. Le iniezioni dell'urina purulenta del soggetto (uroterapia) agiscono cogli stessi principî dei vaccini e delle proteine specifiche ed aspecifiche. L'O. ricorda la tecnica semplicissima adoperata: raccolta asettica dell'urina, ebollizione immediata, ed iniezione a dose gradualmente crescente da mezzo a due cc.

Prof. G. CASCIO ROCCA, segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Contributo alla casistica delle meningiti pseudotubercolari.

La puntura lombare è certamente un ausilio notevolissimo per la diagnosi delle meningiti. Ma come è facile in tal maniera distinguere una meningite purulenta da una non suppurata, è spesso altrettanto difficile fare una diagnosi precisa di quale varietà si tratti in questo secondo caso. Ci si trova cioè in pratica spesso in imbarazzo nel decidere se la meningite è tubercolare, luetica, poliomielitica, da orecchioni, ecc.

E ciò perchè tutti i criteri fisico-chimici e microscopici fin qui dati come patognomonici dell'una e dell'altra forma possono essere fallaci, e ritrovarsi indifferentemente in ognuna di esse.

La mononucleosi, l'aumento della globulina e del coagulo, non sono infatti, ad esempio, esclusive della meningite tubercolare. Il reperto dei bacilli di Koch nel liquor avrebbe invece valore ben maggiore; ma è tutt'altro che frequente. La inoculazione nell'animale, che costituirebbe poi la prova cruciale, richiede un tempo troppo lungo, perchè se ne possa attendere il responso in una malattia che deve essere diagnosticata con la maggiore rapidità.

La cutireazione, che è positiva nella maggior parte delle meningiti tubercolari, essendo raro il caso che esista un'anergia completa, è una prova anch'essa assai utile, ma non si può escludere a priori che un bambino con cutireazione positiva non possa ammalare di una meningite d'altro tipo.

Le irritazioni meningee della poliomielite e dell'encefalite, con la limpidezza del liquor, la mononucleosi, l'aumento della globulina e la sterilità delle colture, ricordano molto la meningite tubercolare, qualora facciano difetto gli altri sintomi a carico del sistema nervoso (paralisi flaccide, sintomi cerebrali, mioclonie, ecc.).

La glicorrachia, chiamata in simili casi in ausilio, è anch'essa un criterio non assoluto, in quanto, anche nelle meningiti tubercolari, all'inizio lo zucchero del liquor può transitoriamente aumentare invece che diminuire.

Bisogna allora tener conto nella diagnosi anche dei fattori d'indole epidemiologico, e del decorso della malattia.

Si deve poi tenere presente la possibile evenienza di una meningite luetica, forma piuttosto rara nell'infanzia, ma che simula assai bene la meningite tubercolare, e le meningiti anche più rare che si hanno durante la pertosse e gli orecchioni.

A. Wallgren (*Acta Med. Scand.*, vol. LXV, 5-6) riporta 7 casi di meningite acuta, di cui 6 insorti in bambini sicuramente tubercolosi, per cui la diagnosi fu, all'inizio, di forma specifica; viceversa tutti guarirono senza relitti; in un caso si potè constatare una pregressa pertosse, in due la parotite epidemica, in uno la sifilide; negli altri 3, infine, si dovette ammettere una forma di meningite asettica acuta criptogenetica.

In conclusione, l'A. pensa che nel novero di tali casi, solo in apparenza tubercolari, devono essere ascritti tutti quelli fino ad oggi pubblicati come esempi di meningiti tubercolari guarite, nei quali tutti difetta la prova batteriologica.

M. FABERI.

Le forme periferiche dell'encefalite epidemica.

A. Ravine (*Presse médicale*, 21 maggio 1927) così descrive il quadro di queste sindromi di radicolo-nevrite accompagnate da iperalbuminosi del liquor.

Inizio quasi sempre brusco ed accompagnato da fenomeni infettivi, febbre, angina, erpete, stato saburrale della lingua, congiuntivite.

Quasi costanti i segni di meningite (cefalea, Kernig, costipazione, raramente confusione mentale) ma poco intensi.

Variabile la localizzazione della paralisi, ma il più spesso si tratta di paraplegia con diminuzione od abolizione dei reflessi cutanei. Atrofia moderata, senza reazione di degenerazione in corrispondenza della radice dell'arto.

Raramente presi gli sfinteri.

I disturbi sensitivi si limitano a qualche dolore sordo esagerato con l'allungamento dell'arto; esso segue il decorso dei tronchi nervosi; talvolta formicolio e parestesie.

Alla puntura lombare: liquido limpido, talora con linfociti; iperalbuminosi (0,50-2 grammi); spesso positiva la reazione del benzoino colloidale

La guarigione è la regola; essa avviene lentamente; la motilità e la forza muscolare non ritornano che dopo parecchi mesi. Persistono poi a lungo l'astenia e la tachicardia, malgrado la regressione dei fenomeni paralitici.

La malattia è abbastanza caratteristica, ma di diagnosi difficile. Si può escludere anzitutto la polinevrite tossica. La paralisi difterica succede ad un'angina e prende quasi costantemente anche il velo del palato. Le polinevriti alcooliche non rispettano nè i nervi cranici, nè gli sfinteri

salvo in rari casi rapidamente mortali; i dolori sono di solito più pronunciati, l'esame del liquor leva poi ogni dubbio.

La meningite tubercolare si presta alla confusione; la linfocitosi è in essa più pronunciata, vi è dimagrimento, fotofobia, vomiti.

Molto più difficile è la differenziazione dalla poliomielite anteriore, specialmente nei casi ad inizio brusco, che in séguito retrocedono parzialmente. Ad ogni modo, nella poliomielite, i fenomeni generali sono più gravi, lo stabilirsi della paraplegia più brusco, l'atrofia muscolare precoce e considerevole. Infine, i muscoli paralizzati ed atrofizzati lo rimangono definitivamente. L'esistenza dei dolori, più frequenti e più pronunciati, la diffusione e la benignità delle paralisi permettono di solito la diagnosi.

fil.

L'avvenire dei traumatizzati cranio-cerebrali.

Da uno studio di 500 casi riveduti 10-12 anni dopo la lesione, Villaret e Bailby (*La Presse médicale*, 5 marzo 1927) concludono che la prognosi deve essere riservata per quanto riguarda il lontano avvenire; gli aggravamenti verificatisi in questi dieci anni ne sono la prova.

La mortalità, assai scarsa, deriva il più spesso da ascessi cerebrali, che si manifestano con accidenti rapidamente mortali. L'insieme degli aggravamenti presentati dagli altri, nel 26 % dei casi, è dato dall'aumento dei disturbi già esistenti, oppure dalla comparsa tardiva di disturbi subbiettivi, epilessia o disturbi motori. Si devono considerare a parte i malati con ematoma subdurale non evacuato.

Il medico sarà dunque molto cauto prima di accordare una pensione definitiva.

fil.

TERAPIA.

Il trattamento del fluor non gonorroico.

Una paziente che si lamenta di aver perdite bianche deve essere sottoposta ad un esame medico generale, il quale escluda che si tratti di anomalie costituzionali, di infantilismo, di astenia, di clorosi o di malattie simili, per le quali l'indicazione terapeutica è fondamentalmente rappresentata da cure generali ricostituenti.

Talora si tratterà di pazienti nervose ed impressionabili, che scambiano per fluor una sensazione di umidore dei genitali, la quale viceversa non corrisponde affatto ad uno stato patologico. In tali casi sarà utile che il medico tranquillizzi la malata, modificando il suo errato giudizio.

Altre volte invece può esistere una secrezione genitale molto abbondante, che passa pressochè inosservata. Nell'un caso e nell'altro è comunque necessario di assicurarsi dello stato anatomico dei genitali, e di compiere delle ricerche microscopiche sul secreto.

Tale secreto, anche normalmente, contiene dei bacilli Gram-positivi (bacilli vaginali di Döderlein), ma a mano a mano che si entra nel campo del patologico si ritrova una flora cocco-batterica svariata, mista a quantità più o meno grandi di leucociti.

Se si tratta di una semplice secrezione biancastra, di costituzione macroscopica e microscopica normale, è sufficiente di ordinare al massimo 1-2 lavande settimanali con infuso di camomilla. Se invece la secrezione è abbondante, bisogna assicurarsi prima da qual punto dell'apparato genitale provenga.

Nelle donne in piena maturità sessuale il corpo dell'utero non è mai fonte di fluor, all'infuori del periodo puerperale. Nelle donne in climaterio, invece, si può stabilire un piometra senile, in relazione o non con un carcinoma.

Nella cervice uterina si constatano raramente anomalie secretorie; ma talora, analogamente a quanto avviene nello stomaco dei soggetti vagotonici, si può assistere ad una ipersecrezione mucosa, contenente anche dei leucociti. Delle piccole dosi di 0,01-0,03 di estratto di belladonna possono in tal caso riuscire utili. Se poi questo catarro cervicale è molto ricco in leucociti, il più delle volte si può riscontrare anche un'erosione cervicale, la quale va trattata con causticazioni bisettimanali al lapis di nitrato d'argento, e con tamponi alla glicerina e protargolo.

Finchè l'erosione non è guarita si praticheranno lavande giornaliere con soluzione d'acido lattico 1:100, o di allume.

Allorquando concomita una vaginite, si applica uno speculum tubulare e si toccano le pareti vaginali con iodio o con soluzioni di nitrato d'argento al 2:100, ponendo attenzione a non causticare la vulva. Inoltre, per generare il mezzo acido in cui possano sviluppare i bacilli di Döderlein, soverchiati dalla flora patogena, si introdurranno delle soluzioni di acido lattico o di lattosio, la cui fermentazione provoca lo sviluppo appunto di acido lattico.

Nelle donne più avanzate d'età si può trovare una cosidetta « vaginitis vetularum », la quale è egualmente bene influenzata dalla terapia suddetta, che giova pure, unita al riposo in letto, nel fluor della gravidanza, causata dall'iperemia dei genitali.

Una particolarità del fluor è quella di recidivare facilmente, per cui è necessario che il medico eserciti per lungo tempo controllo sulle sue

pazienti, consigliando ad esse tutte le necessarie precauzioni d'indole igienica.

In tal senso, ad esempio, saranno sconsigliate le lavande vaginali troppo ripetute, le quali ledono il meccanismo di autodifesa naturale, predisponendo al fluor.

(H. Runge. *Deut. Med. Woch.*, 48, 1926).

M. FABERI.

Il trattamento della sicosi.

La sicosi semplice (non parassitaria) è caratterizzata dalla comparsa di pustole, quanto una grossa testa di spillo, piene di pus giallastro, al centro delle quali si trova il pelo. Sono generalmente disseminate senza ordine; dopo qualche tempo, la regione si mostra coperta da croste bruno-gialle, da cui la pressione fa gemere del pus. Se si tenta di strappare il pelo che si tróva al centro, si avverte una certa resistenza e si provoca dolore.

Nella sicosi banale della barba la prima indicazione è quella di non radersi; il rasoio tende a fare estendere le lesioni; la barba sarà tagliata soltanto con le forbici. Mattino e sera, il malato farà polverizzazioni tiepide di resorcina a 1 %.

Si farà frattanto l'epilazione, mediante la pinza; essa è dolorosa e quindi si leveranno soltanto pochi peli per seduta; negli individui ipersensibili, si farà l'epilazione radioterapica.

Localmente, evitare l'uso di polveri. I topici migliori, secondo A. Lévy-Franckel (*Journ. de méd. de Paris*, 5 maggio 1927) sono: il blu di metilene a 1 %, l'Acqua di Alibour diluita con 5 volumi di acqua bollita e la formola di Milian (Violetto di metile, Violetto di genziana, ana cg. 10-25, in alcool a 90° cmc. 100). Le croste spesse si leveranno dopo la polverizzazione e prima dell'applicazione sulle lesioni dei topici indicati. Potranno usarsi talora anche le medicazioni umide, che però sono da sorvegliarsi attentamente perchè favoriscono le reinoculazioni.

Nel caso di sicosi dei baffi, trattare contemporaneamente la coriza cronica o la follicolite delle narici che coesistono sempre in tali casi.

La vaccinazione antistafilococcica non sarà usata che come coadiuvante; da sola, è molto meno efficace che contro la foruncolosi. Sarà bene inoltre eliminare dal vitto del malato i cibi troppo drogati; i formaggi fermentati, lo zucchero e sorvegliare le sue eliminazioni urinarie ed intestinali.

Nella sicosi tricofitica, le lesioni pure essendo circumpilari, si raggruppano in isolotti e riposano sopra una zona d'infiltrazione dermica, formando una piastra nodosa spessa, una specie di tubercolo. Al contrario della forma comune, *i peli si strappano facilmente senza sforzo;* esaminati al microscopio, previo trattamento con potassa al 40 % si vedono i filamenti del micelio e le spore. Nelle regioni vicine alle lesioni, si hanno elementi di erpete circinato parassitario.

Il trattamento è basato sull'uso dello jodio e degli joduri. Localmente, epilazione con la pinza, che riesce facile ed indolora, oltrepassando il limite delle lesioni. Si faranno seguire delle spennellature con alcool jodato (Alcool a 70° g. 5, con Tintura di jodio gr. 15), aumentando il titolo della soluzione (50-75 %) secondo la tolleranza. Si associerà il trattamento jodico interno.

fil.

L'azione farmacologica del tallio.

Il tallio è un elemento per cui i chimici non hanno ancora deciso se classificarlo fra gli alcalini o non piuttosto accanto al piombo. Introducendolo nell'organismo, non se ne ha un'azione immediata, salvo un certo rilasciamento dei muscoli lisci dei bronchioli, dell'intestino, dell'utero. Ma la sua azione più notevole si esplica dopo alcuni giorni sul sistema autonomo, per cui gli stimoli normali vengono esagerati sotto la sua influenza.

L'effetto più caratteristico del tallio è però quello di produrre l'alopecia. Tutti gli animali, salvo forse la cavia, dopo l'iniezione di tallio perdono il pelo; questo si fa dapprima meno lucido, si strappa facilmente e finalmente cade. L'alopecia incomincia alla nuca ed attorno alle orecchie; gli ultimi peli che si perdono sono quelli del mento e del naso. Ma, a piccole dosi, il tallio provoca la crescita del pelo. Di due animali rasati sulla stessa area, quello a cui è stato somministrato il tallio mostra un notevole accrescimento del pelo; il tallio cioè distrugge i peli vecchi e stimola la produzione dei nuovi. Nessuna modificazione istopatologica si osserva nell'epidermide; l'interruzione nel normale accrescimento del pelo è dovuta alla mancanza del processo di transizione dalle larghe cellule poligonali alle cellule stratificate che formano il pelo.

Tenuto conto dell'azione sul sistema nervoso autonomo e della frequente associazione di disturbi nervosi con l'alopecia, si deve ritenere che questa, con la somministrazione del tallio, si ottenga per via nervosa. Del resto, localmente, il tallio non ha nessuna azione depilatrice, la quale si osserva soltanto dopo l'assorbimento di esso.

Come osserva W. E. Dixon (*Proceedings R. S. of Medicine*, giugno 1927), l'esame chimico dei tessuti animali uccisi dopo il trattamento con tallio ha dimostrato che questo si deposita in tutti i tessuti, ma in quantità più scarsa nella pelle. Ciò dimostra sempre meglio che l'azione del tallio non è locale, ma generale.

Anche la calvizie naturale, del resto, è in un certo rapporto con il sistema nervoso, tanto è vero che gli individui, come anche le razze (anglosassoni) prevalentemente vagotonici diventano più facilmente calvi, mentre i simpaticotonici (russi, alcune razze latine) lo sono meno.

L'effetto del tallio sul sistema simpatico può anche coinvolgere quello sulle ghiandole surrenali, in quanto che il primo è intimamente connesso con le ghiandole endocrine e, d'altra parte, i surreni possono avere importanza nel determinismo di certe alopecie.

Il tallio viene escreto con l'urina, ma non determina nefrite nè albuminuria.

Ad ogni modo, è probabile che nel caso del tallio la depressione del sistema autonomo non sia l'unico fattore dell'alopecia, poichè la prima si ha anche con altre sostanze (nicotina) che non provocano affatto alopecia.

fil.

IGIENE.

Le intossicazioni da carne in Germania.

Nel periodo dal 1923 al 1925, si sono avute in Germania 196 epidemie da carne, e cioè 65 nel 1923, 61 nel 1924 e 70 nel 1925. Il numero totale dei malati fu di 6453, rispettivamente nei diversi anni, di 3196, 1694, 1563; quello dei morti di 25, 21, 22. Il numero delle epidemie è rimasto a un di presso costante e così pure il numero dei morti, mentre quello dei casi è diminuito dal 1923.

Il maggior numero delle intossicazioni si è verificato nei mesi dal maggio all'ottobre. Le intossicazioni da carne di cavallo sono andate aumentando dal 1913 al 1922 e sono poi diminuite nel 1923, aumentando poi, sicchè nel 1925 esse costituirono il quarto di tutte le intossicazioni da carne. Le intossicazioni da salsiccie sono state le più frequenti sia per il numero delle epidemie come per quello dei casi e dei morti. Le macellazioni d'urgenza cagionarono il 31,1 % delle intossicazioni; la carne tritata il 53,4 % di tutti i casi.

In 164 delle 196 epidemie, si fecero delle ricerche batteriologiche, che riuscirono negative in 12 casi. In 101 epidemie (61,6 % di tutti i casi in cui si fecero ricerche) si trovò il paratifo B, in 23 il bacillo di Gärtner, in 5 il botulinus, Si trovarono inoltre il Bac. enteritidis Breslau, il proteus vulgaris ed il coli.

Nella metà dei casi si potè stabilire il modo d'infezione della carne che fu, in 21 un'infezione dell'animale durante la vita, in 75 dopo la morte, in 13 da parte di portatori di bacilli.

Questi dati, veramente impressionanti che rilevo da *Nederlansch tijdschrift voor geneeskunde* (15 genn. 1927) e che fanno riscontro con altri che si danno per altri paesi come, p. es., per gli Stati Uniti, ci fanno pensare alle condizioni del nostro paese, dove epidemie di tal genere non vengono segnalate e solamente di tanto in tanto qualche episodio isolato. Si tratta di migliori condizioni sanitarie o di mancato riconoscimento da parte dei medici dell'origine alimentare di tali epidemie? Non è improbabile che, per un complesso di cose, la prima ipotesi sia la più verisimile (p. es., le infezioni da botulinus sono una assoluta rarità da noi); ad ogni modo, ci sembra che il problema andrebbe studiato più a fondo, poichè non è impossibile che la vera origine di diverse epidemie sfugga e venga, attribuita troppo spesso ad inquinamento dell'acqua che, nella mente della maggior parte dei medici è il veicolo più frequente delle infezioni tifose. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Chinina nell'emoglobinuria, arsenobenzoli e plasmochin nella malaria. — Al dott. S. Fonda, da Prevesa:

Le molteplici domande non consentono risposte esaurienti bibliografiche, data la natura di questa rubrica.

Per l'uso *della chinina nella emoglobinuria in malarico*, bisogna esattamente distinguere l'origine dell'emoglobinuria. Se essa è provocata *da chinina in malarico*, bisogna subito sospendere il medicamento, che può divenire pericoloso per la vita. Dopo l'accesso di emoglobinuria da chinina, la malaria subisce una naturale tregua ed è opportuno approfittare di essa per attendere nel somministrare antimalarici. Dopo la tregua ricompaiono i parassiti e si riaccende la febbre; non è opportuno più tentare la chinina a dosi progressive (sebbene sia noto che qualche volta con questo mezzo si può giungere a dosi alte senza provocare di nuovo emoglobinuria); ma si deve ricorrere ad uno dei succedanei della chinina e il primo posto è tenuto dalla cinconina (solfato di cinconina), sperimentato largamente e con successo in questi ultimi anni nella Clinica di Roma sotto la direzione del prof. V. Ascoli. Sono utili i preparati salvarsanici, i quali però sono insufficienti a sterilizzare il malarico, specialmente il malarico con terzana maligna (Praecox). Utili sono e lo stovarsolo o lo stovarsolo sodico sia per bocca che per iniezioni endovenose (acido acetilossiaminofenilarsinico e il suo sale sodico). Cinconina, Salvarsan e stovarsolo sodico, mentre non determinano emoglobinuria, sono surrogati utili se pure non pari nel valore antiparassitario alla chinina. Inutile è il bleu di metilene.

Se l'*emoglobinuria è determinata solo dalla malaria* (Pl. praecox abitualmente), allora si può istituire la cura chininica, e, a diagnosi sicura, a dosi curative, quando la febbre ritorni e s'abbiano forme parassitarie in circolo.

Circa il valore *del bismuto* e dei preparati *iodobismutici* compare già qualche osservazione favorevole all'uso del rimedio nella malaria; ma i contributi sono insufficientemente corredati da dati probativi.

Nel confronto tra i neosalvarsanici per via endovenosa e per via intramuscolare, i primi sono incomparabilmente più attivi, ma la loro azione è sopratutto sensibile nella terzana benigna senza una efficacia evidente nella terzana maligna, se non si associa alla chinina.

Sulla *Plasmochin*, derivato chinolinico nella sua forma di Plasmochina pura o di chinolina e chinina, nella forma composta, sono comparsi numerosi lavori (Mühlens, Fischer, Roehl, Shulemann e Memmi, ecc.) che esaltano il valore antimalarico del nuovo preparato specie nella terzana benigna e nella quartana. Attivo è pure nella terzana maligna in specie nelle semilune. La esperienza della Clinica di Roma non permette entusiasmi. Il rimedio non è privo di inconvenienti (cianosi, disturbi gastrici, ecc.), disturbi però transitori e non gravi. Bisogna attendere una esperienza più larga e da ogni parte prima di pensare a sostituire alla chinina un qualunque prodotto, anche se sapientemente lodato.

I lodevolissimi tentativi di sostituire un preparato sintetico alla chinina devono da noi essere riguardati come un mezzo di risoluzione del grave problema malarico ed essere incoraggiati, ma sempre vagliati con ogni circospezione.

T. PONTANO.

Patogenicità del bacillo di Bang. — All'abb. x. y.:

Circa la patogenicità del *B. abortus* di Bang per l'uomo molto si è discusso in questi ultimi tempi. Mentre da una parte Nicolle, Burnet e Conseil non sono riusciti a provocare infezione inoculando in cinque pazienti il *B. abortus* (Bang), dall'altra vari AA. (Cooledge, Keefer, Orpen, Evans, Carpenter, Duncan, Ficai e Alessandrini, Manzini, Ponticaccia, ecc.) hanno riportato numerose osservazioni di una affezione simil-maltese provocata nell'uomo dal *B. abortus*.

Sorge però qui la questione non ancora risolta della identità o meno del *B. abortus* col *M. melitense* (v. in *Annali d'Igiene*, fasc. 12, 1926, C. Enrico « La resistenza al calore delle agglutinine antibang e antimelitense » nel quale è riportata la bibliografia sull'argomento).

Il *B. abortus* è patogeno per la vacca, pecora, cavie, conigli, capre, cavalli, maiali, nei quali animali si è riusciti a determinare sperimentalmente anche l'aborto. È patogeno inoltre per i ratti e le scimmie.

Il *M. melitense*, oltre che per l'uomo, è patogeno per le capre, pecore, cavalli, muli, asini, bovini, cani, polli, e meno per le cavie, conigli, topi, ratti.

C. ENRICO.

Al dott. A. D., da C.:

In italiano non esiste un trattato completo di diatermia sul tipo dei trattati tedeschi o francesi: buono il BORDIER in francese; in italiano la traduzione del BUCKY o la traduzione di CHIOZZI e VITALE della diatermia del KOWARSCHIK, quest'ultimo in ristampa.

E. MILANI.

All'abb. n. 12560:

1) La tanaglia a baionetta corrispondente al n. 52 della Ditta C. Ash e Sons, per i denti superiori: la tanaglia corrispondente al n. 79 (Ash) per i molari inferiori.

2) La tanaglia n. 44 (Ash) per radici superiori e la tanaglia n. 45 (Ash) per radici inferiori oltre a una leva a punta dritta.

3) Vedi *Posta degli abbonati* nel fascicolo del 25 luglio 1927 (pag. 1088).

4) Mezzo semplice per togliere la ruggine dai ferri chirurgici: spalmare la superficie arrugginita, per alcuni giorni, con olio, indi fregare con uno straccio imbevuto d'ammoniaca. Se alcune macchie persistono, adoperare carta finemente smerigliata e fregare poi con aceto di vino e pelle morbida.

A. P.

All'abb. n. 13647-1 di Alezio (Lecce):

Per tradurre in grammi di urea per litro, i centimetri cubi di gas sviluppati nell'ureometro, occorre la tavola di Regnard, ch'Ella potrà trovare trascritta o sul Sahli o su qualche altro buon trattato di chimica clinica (Agasse-Lafont), edit. Masson, Parigi. Questo per l'ureometro da urina.

Per l'azotometro (per l'azoto residuo nel sangue, azotemia) la tavola su citata non serve. Ella avrà notato che la graduazione dell'apparecchio è al centesimo, occorrono quindi tavole con opportuna riduzione: Ella potrà trovarne una utile e con il modo di usarla nell'articolo pubblicato da L. Condorelli nel *Policlinico*, Sez. Prat., Anno 1922, pag. 1366.

Impossibile dare dettagli, essendo la tecnica assai lunga a descriversi e naturalmente diversi i procedimenti, a seconda che si tratti di esame su' sangue o sulle urine; sull'Agasse-Lafont troverà tutto descritto in extenso.

Avverta che è necessaria una lunga pratica e tanti piccoli accorgimenti, prima di desumere dati che diano un qualche affidamento in queste delicatissime prove di laboratorio.

La memoria dell'Olivieri fu pubblicata sulla *Rivista Ospedaliera*. Ella potrà richiederne

un estratto rivolgendosi all'Autore o alla Redazione di detto Giornale, 16 via Ludovisi - Roma.

AUGUSTO CASSUTO.

Al dott. A. F., da S.:

Per l'art. 29-bis del R. D. 29 novembre 1925, n. 2288, possono essere esonerati dagli esami integrativi quei medici militari che dimostrino di aver prestato *servizio* in un reparto ospitaliero o clinico di ostetricia o di pediatria. La semplice *frequenza* rappresenta qualche cosa meno del servizio, ma l'importante è che dai titoli esibiti appaia che l'aspirante abbia una sufficiente conoscenza pratica della specialità. Non è influente l'epoca in cui questo tirocinio abbia avuto luogo, purchè naturalmente dopo la laurea. C.

VARIA.

Cagliostro.

Il ciarlatanismo conta nelle sue schiere figure eminenti per la genialità delle trovate fraudolenti, per la portentosa abilità con la quale esse erano tradotte in pratica. E tra tutti i ciarlatani di ogni epoca spicca nettamente Cagliostro, che fu certamente il genio della frode. Ma la scienza moderna va riabilitando sotto certi aspetti la figura di quest'imbroglione, i cui metodi terapeutici, sfrondati di tutto quanto in essi c'era di losco e di criminale, si vanno dimostrando tra i più efficaci. Cagliostro era un potente suggestionatore, e la suggestione è entrata trionfante nell'armamentario della terapia scientifica. Anche oggi ogni medico per essere un valente terapista deve essere un abile suggestionatore, e perciò ogni medico deve essere un po' ciarlatano. Le medicine sono senz'effetto se nella coscienza dell'infermo non entra e domina sicura l'idea della loro efficacia. La potenza della suggestione preconizzata e controllata dapprima nella cura delle neurosi, va ora affermandosi anche nelle malattie organiche: illazione certamente ardita, ma non priva di fondamento specie se non la si voglia generalizzare oltre il verosimile.

Cagliostro inconsciamente, e per solo interesse personale, ha prevenuto questa moderna tendenza scientifica, che per altro ha le sue radici nei tempi più remoti della storia umana. Ed è perciò interessante ricordare come il celebre ciarlatano estrinsecava la sua attività.

Giuseppe Balsamo nacque a Palermo nel 1743. Destinato alla carriera ecclesiastica fu rinchiuso in seminario, dove ben presto dette saggi mirabolanti del suo spirito indisciplinato, avventuroso. Incaricato di leggere nel refettorio brani di libri sacri si divertiva a sostituire ai nomi dei santi quelli delle più famose cortigiane del tempo. Scacciato dal seminario fu rinchiuso nel convento dei Fate-Bene-Fratelli, dove si applicò allo studio della medicina e della chimica. Insofferente di ogni disciplina abbandonò ben presto il convento e si stabilì a Palermo, dove cominciò a vivere di scrocco e di frodi. Promise ad un tal Marano, orologiaio, un tesoro magnifico custodito dai diavoli e per gli scongiuri si fece versare 30 oncie d'oro. Marano si recò al posto nel quale doveva essere il tesoro, ma vi trovò i diavoli sotto forma di complici del Balsamo, che lo coprirono di bastonate. Poichè il fatto fece rumore egli prudentemente pensò di allontanarsi da Palermo.

Si recò a Messina presso una sua zia, la signora Cagliostro. Ma questa era morta, lasciando erede di tutti i suoi beni la Chiesa. Balsamo non potendo beneficiare d'altro se ne appropriò il nome aggiungendovi il titolo nobiliare, e divenne così il conte Cagliostro.

Comincia allora una serie di viaggi al Cairo, dove sembra s'iniziò alla magia, a Malta, a Roma, dove sposò una bellissima ragazza, la Lorenza Feniani, il cui fascino contribuì molto al suo successo. Da Roma fu scacciato perchè fabbricava monete false; passò a Bergamo e poi in Spagna ed in Portogallo sempre in compagnia della moglie, sotto veste di mendicanti. Nel 1772 passò a Londra dove s'inizia la sua carriera di ciarlatano.

Il segreto del suo successo è nell'instabilità; non appena ha sentore di essere scoperto cambia paese. Il vagabondaggio della coppia non ha posa: passano nel Belgio, in Germania, in Sicilia, dove è di nuovo imprigionato. Evade e ritorna a Londra per la via di Malta e della Spagna. Raggiunge Pietroburgo, dove ha il maggior successo con il mirabolante programma di fabbricare l'oro e prolungare la vita.

In Russia la sua fama di saper curare e guarire ogni malattia si spande rapidamente. Ma un miracolo lo rovinò. Cagliostro fu invitato a curare il bambino di un gran signore che trovavasi in condizioni disperate. Accetta a condizione che il bambino sia assistito nella propria dimora e da lui solo, e che per tutta la durata della cura non fosse visitato da nessuno, neppure dai genitori. Dopo qualche tempo riconsegna un bambino in magnifiche condizioni. Ma la gioia dei genitori non fu lunga, ben presto s'accorsero della sostituzione. In seguito a questo scandalo l'imperatrice Caterina ordinò l'espulsione di Cagliostro.

Raggiunse allora Strasburgo, dove s'inizia la sua carriera francese, durante la quale Cagliostro raggiunse l'apice della gloria e della ricchezza. Egli si presenta a Strasburgo nel 1780 con gli abiti i più fastosi, carico di gioielli, seguito da un cameriere che egli chiamava La Ramée. Si

ferma sulla piazza davanti ad un crocifisso di legno ed esclama meravigliato: « Come mai un artista che forse non ha mai visto Gesù Cristo ha potuto scolpire un ritratto così rassomigliante? ». Uno della folla che lo seguiva domanda: « Ma come potete voi giudicarne? ». « Perchè, egli risponde, io l'ho conosciuto, anzi ero suo buon amico. Quante volte abbiamo passeggiato insieme sul lago di Tiberiade. Egli aveva molto di buono, ma non ha voluto ascoltarmi. Se la faceva con gente da nulla, con pescatori, e perciò non è riuscito. Ti ricordi, La Ramée, della sera nella quale Gesù Cristo fu messo in croce? ». Al che il domestico inchinandosi fino a terra: « Monsignore dimentica che io sono al suo servizio solo da 1500 anni ».

Il suo elisir di lunga vita faceva in modo che egli fosse rimasto alla medesima età da oltre venti secoli!

Il nome di Cagliostro passò di bocca in bocca, la sua fama diventò mondiale. Da per tutto si diceva di quest'uomo straordinario, eccezionale, che operava miracoli, senza limiti, di guarigioni, di ringiovanimenti. Aveva un'arte meravigliosa nel farsi credere disinteressato, filantropo. Ostentava un odio irriducibile per i ricchi, un amore sviscerato per la povera gente, il che aumentava la sua popolarità.

Fu ricercato, onorato nelle corti. Il suo busto appare nelle sale sontuose, la sua effigie è incisa sulle pietre preziose.

La folla assediava la sua casa. I suoi successi miracolosi erano proclamati, ingranditi dagli ingenui, dai suggestionati, o da abili suoi complici. I sordi ascoltavano gli inni di riconoscenza dei muti, i ciechi si estasiavano nel vedere i paralitici che danzavano.

A Strasburgo restò parecchi anni e là conobbe il cardinale di Rohan, che fu, come è noto, implicato nel furto della collana della regina, nel quale ebbe parte prevalente il nostro avventuriero. Fu lo stesso cardinale che domandò una udienza a Cagliostro, ma questi fieramente rispose: « Se il cardinale è malato, venga ed io lo guarirò; ma se è sano egli non ha bisogno di me come io non ho bisogno di lui ». Rohan trovò questa risposta sublime; essa eccitò il suo desiderio di stringere relazione con Cagliostro. Divennero amici, e presto il cardinale potette ornare il suo dito di un diamante regalatogli da Cagliostro e che questi gli fece credere avere fabbricato lui stesso. Nel palazzo episcopale troneggiava il busto dell'alchimista con questa iscrizione a lettere d'oro: « Il divino Cagliostro »!

Da Strasburgo passò a Parigi, dove continuò la sua carriera di medico miracoloso, di alchimista. Fondò una loggia massonica di rito egiziano di sua invenzione, nella quale furono ammesse le donne. Tutta l'aristocrazia si trovò riunita nella loggia d'Isis di cui la signora Cagliostro era la gran maestra. Da fine psicologo aveva trovato il mezzo di farsi ben volere dalle donne: corteggiava le più brutte e le più vecchie, ed insegnava che l'adulterio non è un peccato quando la donna si presta solo per interesse.

Coimplicati nel processo della collana della regina l'avventuriero e la moglie furono arrestati e tradotti l'uno alla Bastiglia, l'altra a Santa Pelagia. Prosciolti per mancanza di prova furono espulsi dalla Francia.

Passarono a Londra, dove Cagliostro scrisse una lettera al popolo inglese. Ma non fu preso sul serio e dovette abbandonare la terra d'Albione. Da Basilea cercò di far ritorno in Francia, ma gli fu risposto: « Voi sarete sempre il benvenuto in prigione ».

Cominciò allora la fase declinante della fortuna di Cagliostro. Venne a Roma dove fu accusato di gravi frodi e corruzioni. Giudicato e condannato fu incarcerato in Castel S. Angelo, dove morì dopo due anni di prigionia. *argo.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXXI. - Concorso: efficacia della graduatoria.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 19 febbraio 1927 n. 74, ha confermato il principio che le amministrazioni pubbliche, quando procedono alla nomina dei propri impiegati per concorso, devono nominare il primo graduato per ordine di merito, se norme generali o speciali non dispongano diversamente o se il concorrente designato in ordine prevalente non sia riconosciuto non idoneo all'ufficio per cause di indegnità o incompatibilità positivamente accertate. Se la legge o i regolamenti attribuiscono all'amministrazione pubblica il potere di scelta tra gli idonei (per es. medici condotti) o entro una terna di eleggibili, può essere nominato chiunque degli idonei o uno dei concorrenti compresi nella terna. Se invece questo potere di scelta non è esplicitamente attribuito all'ente dalla legge o dal regolamento, l'amministrazione deve osservare l'ordine della graduatoria. A questo principio generale si fa eccezione quando si tratti di posti per i quali, oltre la capacità tecnica accertata dalla Commissione, sono apprezzabili altri requisiti che l'amministrazione può valutare con suo criterio discrezionale, come nel caso della scelta del medico condotto. Ma la eccezione deve essere espressamente stabilita dalla legge o dal regolamento; altrimenti vale il principio generale della efficacia vincolatrice della graduatoria.

XXXII. — Provvedimenti disciplinari per offese ai superiori gerarchici in reclami o ricorsi.

La semplice proposizione di un reclamo all'autorità superiore non costituisce mancanza disciplinare; all'impiegato che si creda leso da un provvedimento del superiore gerarchico è lecito di tutelare i suoi interessi legittimi con richiamo od appello all'autorità superiore. Ciò è tanto ovvio che è perfino non necessaria la dichiarazione che la V Sezione del Consiglio di Stato ne ha fatto con decisione 4 febbraio 1927 n. 49, per la risoluzione di un caso particolare. Di fronte al potere di supremazia, che caratterizza la posizione della pubblica amministrazione, sta il diritto di difesa dell'impiegato. Ma, soggiunge la decisione, il reclamo o ricorso deve essere redatto in forma conveniente e riguardosa, cioè obbiettiva e corretta.

Nel caso al quale si riferisce la decisione sopra indicata, un medico chirurgo era stato punito con la sospensione per due mesi dallo stipendio per offese al Sindaco, contenute in un ricorso alla G. P. A. in sede di tutela. Ma questo provvedimento fu dichiarato illegittimo perchè risultava che il ricorrente non aveva avuto la intenzione di offendere il Sindaco e le espressioni non riguardose erano dirette ad altra autorità (Consiglio di amministrazione dell'ospedale).

Segnaliamo questa decisione non tanto per la quistione che è stata in concreto risoluta, quanto per dimostrare, con esempi pratici, la speciale condizione dell'impiegato di fronte ai superiori gerarchici, anche in sede giurisdizionale. È sempre legittimo l'esercizio dei rimedi giuridici per la difesa dei propri diritti ed interessi, nel senso più ampio. Ma se per tutti e in ogni caso è doverosa la pacatezza e la obbiettività della forma, questo dovere è più marcato per l'impiegato, il quale deve saper reagire talvolta anche a spinte che siano o possano apparire giustificate da stati d'animo determinati da ingiustizia.

XXXIII. — Revoca di atti amministrativi: diritti quesiti.

Un medico condotto era stato dispensato dal servizio. L'amministrazione comunale, disvolendo quel che aveva voluto, revocò il provvedimento di dispensa; ma, per effetto della revoca, doveva essere necessariamente eliminato dal servizio un altro sanitario. Era legittimo il provvedimento di revoca? La IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 25 marzo 1927 n. 154, ha anzitutto considerato due cause di revoca: o per motivi di opportunità, cioè per diversa valutazione delle circostanze che determinarono il precedente provvedimento; o per illegittimità del provvedimento stesso, in quanto l'amministrazione abbia successivamente rilevato di aver manifestato una volontà viziata da errore di fatto o di diritto. Nel primo caso è possibile la revoca, purchè però dall'atto non sia nato un diritto del terzo. Nel secondo caso, la revoca è sempre possibile, purchè risulti positivamente che la causa del provvedimento è viziata da illegittimità.

Questa distinzione e le due diverse situazioni giuridiche corrispondono alle direttive seguite dalla giurisprudenza. Interessante è invece la applicazione che, in questo caso, ne ha fatto la IV Sezione del Consiglio di Stato considerando illegittima la revoca, per motivi di opportunità e di convenienza, di un provvedimento di dispensa dal servizio, in quanto per effetto della revoca stessa sarebbe stata pregiudicata la situazione giuridica di un altro sanitario, che avrebbe dovuto essere dispensato dal servizio invece del primo.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARZANA (*Nuoro*). — A tutto 30 ag.; tassa L. 50; serv. entro 15 gg.; L. 9000 per 1000 pov., addizion. L. 5; per uff. san. L. 500; indenn. c.-v. in L. 1400 soggetta a riduzioni.

ASCOLI PICENO. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Fermo; v. fasc. 31. Scad. 20 ag.

BARI. — Ispettore sanitario; titoli ed esami; L. 13,700 aument. a 16,000 dopo 12 anni di serv.; L. 3500 serv. att.; c.-v..

Due condotte; titoli ed esami; L. 9500 aument. a 11,600 dopo 10 anni di serv.; L. 2100 serv. att.; c.-v.

Per i tre concorsi: scad. 15 sett.; esami a 45 giorni dalla scad. Rivolgersi Segreteria Generale.

BARI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Monopoli; scad. 31 ag.; vedi fasc. 32.

CALCIO (*Bergamo*). — Scad. 30 ag.; v. fasc. 32.

CARRARA. *Congregazione di Carità.* — Medico primario e chirurgo primario del Civ. Ospedale; al 31 ag.; v. fasc. 29.

CASTELVETRO (*Modena*). — Scad. 30 ag.; 2° reparto; L. 8500, oltre L. 2500 trasp. (cavallo, automob. o motocicl.).

FALVATERRA (*Frosinone*). — Scad. 20 ag.; lire 10,500 e 5 quadr. dec.; staz. ferrov. a km. 4,5.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilim. Riuniti.* — Aiuto medico; titoli ed esami; L. 7050 e c.-v.; età lim. 35 a.; 4 a. di laurea (o assistenti da un biennio o scaduti da non oltre un quadriennio); tassa L. 50; scad. ore 16 del 5 sett.; serv. entro 15 gg.; nom. e conferma biennali.

MILANO. *Istituti Ospedalieri.* — Dirigente l'Ambulatorio Comunale curativo antituberc. per bambini delle scuole e per i poveri; L. 6000; 3 ore di serv. giornal. escluse le domeniche; aumenti; non diritto a stabilità. Scad. ore 16 del 31 agosto. Tassa L. 50. Età mass. 40 a. Serv. entro 15 gg. Rivolgersi Protocollo (via Ospedale 5).

MONTAGGIO (*Genova*). — Scad. 1° sett.; L. 9600 e 10 bienni, oltre L. 500 uff. san., L. 300 bicicl.

MONTICHIARI (*Brescia*). — 1° reparto; ab. 3500; iscritti 700; L. 9000 e 6 quinq. dec.; L. 3000 carrozza o automob.; L. 300 Spedale; c.-v.; L. 10 per ogni visita necroscopica di agiati; assicur. Scad. 30 sett. Tassa L. 50. Verrà tenuto conto dei docum. di chirurgia. Certificati a 3 mesi.

MOSCIANO S. ANGELO (*Teramo*). — Scad. 31 ag.; vedi fasc. 32.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — 11 assistenti; docum. alla Segreteria generale entro le ore 16 del 31 ag.; età lim. 30 a.; tassa L. 50; chiedere annunzio. Stip. L. 4500 (*sic*) e c.-v.

S. FERDINANDO DI PUGLIA (*Foggia*). — Scad. 20 agosto; stip. L. 9000, con 5 aumenti quadriennali 10%; età non superiore 45 a., salve eccezioni legge. Tassa L. 50.10. Per ulteriori informazioni rivolgersi Segreteria com.

SANSEVERO (*Foggia*). — Scad. 20 ag.; L. 9200 e 5 quadrienni 10%; c.-v.; età lim. 35 a. Tassa L. 50.15. Rivolgersi Segreteria com.

SASSARI. *R. Prefettura.* — A tutto il 15 sett.; uff. sanit. di La Maddalena; v. fasc. 32.

Scad. 15 sett.; uff. san. per Pattada; tassa L. 50.20 (cart.-v. intestata al Prefetto); domande e documenti all'Ufficio sanitario.

SCORDIA (*Catania*). — Al 31 ag.; L. 8000 e 4 quinquenni.

SENOSECCHIA (*Trieste*). — Al 15 sett.; v. fasc. 32.

TARQUINIA (*Roma*). — Proroga a tutto 24 ag.; vedi fasc. 29.

TORRICE (*Frosinone*). — 2ª condotta; L. 9500; ab. 6000 c.; 6 km. dal capol.; ospedale; farmacia. Stato di fam. Scad. 15 sett. Tassa L. 50.15. Docum. non anteriori al 1° ag. Chiedere annunzio.

UMBERTIDE (*Perugia*). — Scad. 31 agosto; vedi fasc. 32.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario; scad. 10 sett.; vedi fasc. 32.

VITTORIA (*Ragusa*). — A tutto 31 ag.; per Scoglitti; L. 11,000 e 4 quadrienni dec.; tassa L. 50.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il colonn. medico grand'uff. Vittorio Perego è nominato generale di Sanità. Il gen. Perego, distintosi per ottimi servizi durante la guerra, fu per parecchi anni Direttore dell'Ospedale Militare Principale di Milano, poi collocato a riposo per limiti di età, diresse l'Ambulanza dell'Opera « Cardinal Ferrari ».

La Direzione di Crosby Hall (Londra) ha bandito — sotto gli auspici della British Federation of University Women — un concorso internazionale per una borsa di studio tra donne laureate, offrendo la residenza a Londra per tutto l'anno accademico ottobre 1927-giugno 1928.

Il concorso per titoli, esteso a studi scientifici e letterari, è stato vinto dalla dottoressa Emilia Sorrentini, medico del Servizio sanitario centrale della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, la quale si occuperà precisamente del problema della tubercolosi, dal punto di vista clinico e sociale, con speciale riguardo allo studio della *soglia* di resistenza al lavoro.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Pettenati Alfredo in patologia medica, Bernabeo Gaetano in traumatologia.

Il prof. Wilhelm Trendelenburg, di fisiologia a Tubinga, è chiamato a coprire la stessa cattedra a Berlino.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso internazionale di organizzazione scientifica del lavoro.

Questo Congresso, il 3° della serie, si svolgerà in Roma dal 5 all'8 settembre; la presidenza di onore ne è stata accettata dall'on. Mussolini.

Per informazioni rivolgersi all'Enios (Ente Nazionale Italiano per l'Organizzazione scientifica del lavoro), piazza Venezia, 11, Roma.

Congresso Pan-Americano contro la Tubercolosi.

Nel prossimo ottobre si terrà a Cordoba (Rep. Argentina) l'annunziato Congresso Pan-Americano contro la Tubercolosi.

Il Comitato ordinatore ha invitato a parteciparvi e a tenervi conferenze, anche talune personalità del mondo scientifico europeo.

Dall'Italia sono stati invitati il prof. G. Sanarelli della R. Università di Roma e il prof. U. Carpi della R. Università di Milano. Il Sanarelli terrà una conferenza sul tema: « Il fattore ereditario nella tubercolosi »; farà pure un ciclo di lezioni in quella Facoltà di Medicina. Il Carpi, come si è già detto in un numero precedente, tratterà del « pneumotorace artificiale ».

La scelta di queste due personalità del nostro mondo medico ci sembra felice; difatti il prof. Sanarelli ha legato il suo nome, nel campo della tisiologia, alla concezione dell'eredo-immunità, da lui formulata, largamente documentata e fatta prevalere sulla antica concezione dell'eredo-predisposizione, prima generalmente ammessa; il Carpi ha fatto progredire le nostre conoscenze sulla collassoterapia polmonare e ne ha esteso le applicazioni.

III Congresso internazionale della Stampa tecnica.

Si terrà a Berlino dal 26 al 29 settembre. Gli Uffici hanno sede a: Schellingstrasse 9, Berlin W. 9.

Congresso francese di Ginecologia e Ostetricia.

Il V Congresso dei ginecologi ed ostetrici di lingua francese è indetto a Lione dal 29 sett. al 1° ottobre, sotto la presidenza del prof. Villard. Temi: « Diagnosi e trattamento chirurgico della sterilità d'origine uterina e tubarica », relatori Chatillon (Ginevra) e Donay (Parigi); « Indicazioni dell'interruzione della gravidanza », relatori Brouha (Liegi) e Bue (Lilla); « Separazione del neonato dalla madre e mezzi per evitarla », relatore Rheuter (Lione). Sono ammessi solo membri delle Società di ginecologia ed ostetricia di lingua francese. Per informazioni complementari rivolgersi al prof. Voron, quai Tilsitt 12, Lyon.

Le Giornate Mediche di Bruxelles.

Si sono tenute dal 25 al 29 giugno, riportando un nuovo successo. All'inaugurazione intervennero S. M. la Regina, il ministro dell'interno e dell'igiene, il borgomastro, i rappresentanti d'Italia, Francia, Spagna, Giappone, Romania, Grecia, Svizzera, Olanda, Danimarca, Canadà, Messico, Lussemburgo, Marocco. I temi in discussione furono: « Trattamento del diabete con la sintalina » (prof. Snapper di Amsterdam); « Pancreas e insulina » (prof. Laguesse di Lilla); « Permeabilità vascolare » (dott. Dujardin di Bruxelles); « Trattamento chirurgico dell'angina di petto » (dott. Danielopolu di Bucarest); fu anche tenuta una conferenza su « I confini della medicina » (prof. Pierre Mauriac di Parigi) e furono fatte numerose comunicazioni. Ebbero luogo visite e dimostrazioni varie negli ospedali della città. Alle giornate mediche fu annessa un'Esposizione di prodotti farmaceutici e di strumenti chirurgici. Fra i trattamenti segnaliamo un banchetto ufficiale di 400 coperti, una serata di gala, in cui fu rappresentata « Turandot » di Puccini, con l'intervento dei sovrani, un tè al palazzo di Giustizia, un ricevimento al Municipio, un'escursione all'artistica ed eroica città di Tournai.

Mostra delle Stazioni di cura.

Le Stazioni di cura e soggiorno italiane hanno organizzato a Padova, per il tramite del Consorzio Nazionale Fascista, che è organo della « Confederazione Generale Enti Autarchici », la loro prima Mostra unitaria. Il successo della Mostra stessa non ha precedenti e dà la rappresentazione, pressochè completa, della legislazione, con la quale il Governo fascista ha voluto inaugurare un regime di particolare interessamento statale, per la valorizzazione progressiva del patrimonio nazionale delle acque e dei soggiorni climatici salutari ai fini economici, non solo, ma di quelli della vasta profilassi umana.

I nuovi compiti della Croce Rossa.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di R. D. legge concernente l'ordinamento dell'Associazione della Croce Rossa Italiana.

La vigente organizzazione di detta Associazione più non rispondeva alle esigenze dei nuovi tempi e della aumentata sfera di azione dell'Ente. Con il provvedimento approvato sono stati specificati e riordinati i còmpiti dell'Associazione, estendendo la sua attività, in tempo di pace, a tutte quelle opere di profilassi nel campo delle malattie infettive, di assistenza sanitaria e di educazione igienica a favore delle popolazioni più bisognose. In relazione a questo nuovo còmpito è stata affidata al Ministero dell'Interno, oltrechè a quello della Guerra, la vigilanza sull'Associazione.

Si è quindi provveduto al riordinamento degli organi costitutivi dell'Ente in maniera più pratica dando un assetto periferico per Provincia, e sono stati resi più agili gli organi direttivi centrali e periferici sopprimendo le numerose assemblee, e sostituendo al sistema elettoralistico delle cariche il criterio della nomina con Decreto Reale dei dirigenti centrali (Comitato Centrale) e da parte del Comitato Centrale dei dirigenti locali.

Il provvedimento risolve poi la questione relativa alla organizzazione del personale sia per le

opere del tempo di pace, sia per quelle relative al tempo di guerra; e precisa l'azione della Croce Rossa giovanile.

Lo schema accorda all'Associazione le opportune concessioni governative che le possano consentire il disimpegno delle sue importanti funzioni parastatali e sociali.

Col nuovo ordinamento la Croce Rossa italiana potrà assolvere in un campo più vasto e con maggiore efficacia il suo còmpito umanitario e contribuire a preparare generazioni sempre più sane e più forti.

Seminario di Antropologia Criminale e Diritto Penale in Torino.

Nel prossimo anno scolastico 1927-28 sarà ripreso il Corso per lo studio biologico-giuridico della criminalità. Esso si propone anzitutto intenti culturali e insieme applicazioni pratiche e tecniche, che riescano utili sia nell'esercizio della professione forense, sia nelle indagini di istruttoria e di polizia giudiziaria, sia infine per un retto criterio nella elaborazione e nell'apprezzamento delle perizie medico-legali. Le lezioni saranno impartite da insegnanti delle due Facoltà, di giurisprudenza e di medicina e chirurgia.

Potranno iscriversi i laureati in giurisprudenza, in medicina e chirurgia, in filosofia e pedagogia, i magistrati, i funzionari dei tribunali militari, delle Amministrazioni della Pubblica Sicurezza e delle carceri, gli ufficiali dell'arma dei carabinieri, ed ognuno che per studi o per attività pratica sia ritenuto dal Consiglio della Scuola idoneo a frequentare il Corso.

Il Corso avrà principio il 16 novembre 1927 e durerà quattro mesi; le lezioni si terranno negli Istituti Universitari Biologici del Valentino. Esse avranno carattere prevalentemente dimostrativo e pratico e saranno integrate da discussioni, conferenze, letture e da visite ad Istituti penitenziari e manicomiali.

Verrà rilasciato un diploma a coloro che lo richiedano ed abbiano superata una prova di esame. La tassa di iscrizione è fissata in L. 250, quella di diploma in L. 25; e saranno versate all'Economato dell'Università di Torino

Chi desideri ulteriori informazioni e chiarimenti può rivolgersi alla Direzione del Seminario, via Michelangelo, 26, Torino (XVI).

Corsi di Puericultura per medici condotti a Bologna.

Oltre ai corsi di Puericoltura per Medici e Levatrici già svoltisi in varie città, l'Opera Nazionale pro Maternità ed Infanzia sta promovendo la effettuazione di speciali Corsi accelerati da tenersi nel periodo estivo ed aventi lo scopo di preparare i Medici Condotti che esercitano nei piccoli centri a compiere un'opera di propaganda delle norme di igiene infantile pre-natale e post-natale curando l'educazione igienica delle popolazioni.

In Bologna sarà prossimamente tenuto un Corso di tal genere che sarà organizzato dal Direttore della Clinica Pediatrica e che, col consenso del Magnifico Rettore, si svolgerà nei locali degli Istituti Universitari, grazie alla prestazione di vari Docenti della R. Università.

Il Corso avrà inizio il primo di settembre, avrà la durata di un mese e consterà di otto insegnamenti con un numero complessivo di 60 lezioni, integrate da esercitazioni pratiche.

Il Diploma conseguito permetterà ai Medici Condotti di aspirare ai posti di Sanitario degli ambulatori che l'Opera Nazionale, in conformità a quanto prescrive il Regolamento 15 aprile 1926, n. 718, provvederà gradatamente a istituire in tutti i Comuni del Regno; per coprire tali posti la preferenza sarà sempre data ai Medici Condotti possessori del Diploma di perfezionamento in Puericoltura.

I Medici Condotti che intendano frequentare il Corso debbono farne domanda su carta legale direttamente all'Opera Nazionale a Roma, piazza Cavour 25, almeno otto giorni prima dell'apertura del Corso, unendo copia autentica del Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, indicando la Sede della Scuola cui intendono iscriversi e versando la somma stabilita per la iscrizione.

Per poter conseguire il Diploma di perfezionamento previsto dall'art. 66 del Regolamento 15 aprile 1926, n. 718, i Medici Condotti devono versare all'Opera Nazionale la somma di L. 50 per tassa d'iscrizione al Corso di Puericoltura, la somma di L. 20 per l'ammissione all'esame e la somma di L. 15 per il rilascio del Diploma.

Per maggiori schiarimenti gli interessati potranno rivolgersi al Direttore del Corso, prof. Francioni (Ospedale Gozzadini), Bologna.

Pellegrinaggio Nazionale Voltiano.

L'on. Ezio Maria Gray, presidente della Compagnia Italiana del Turismo (CIT), assumendo il suo posto in questa importante istituzione, che viene a sostituire nella pratica organizzazione turistica, l'Ente Nazionale Italiano del Turismo (ENIT), si propone di fare opera altamente benefica per la coltura nazionale promuovendo una serie di itinerari turistici che dovrebbero fare apprezzare e conoscere l'opera di grandi italiani. Fra questi non poteva mancare Alessandro Volta, del quale quest'anno si celebra tanto solennemente il centenario. A cura del prof. Mieli è stato pertanto organizzato un « Pellegrinaggio Nazionale Voltiano », che, oltre al Volta, ricorderà e commemorerà i maggiori fisici italiani il cui nome è collegato allo svolgimento della scienza dell'elettricità. Il « Pellegrinaggio » offre anche un notevole interesse turistico, comprendente, oltre la visita di importanti città, anche una pittoresca e poco nota traversata dell'Appennino, escursioni ai tre grandi laghi dell'Italia Settentrionale, visita a località alpestri, a stabilimenti industriali ed a monumenti di arte. Esso si svolgerà dal 6 al 20 settembre, partendo da Firenze e sciogliendosi a Roma.

Per informazioni, programmi dettagliati, notizie sui prezzi (vi sarà anche una « sezione goliardica » a prezzi veramente eccezionali), rivol-

gersi alla Direzione generale della « Compagnia Italiana del Turismo », via Marghera 2, Roma, oppure agli Uffici CIT (già dell'ENIT). Prezzi: Cat. A L. 1450; Cat. B L. 1100. Chi non desideri compiere l'itinerario completo potrà iscriversi per determinati percorsi parziali.

Index analyticus cancerologiae.

La Lega Francese contro il Cancro pubblica trimestralmente un indice bibliografico in cui sono raccolti, riassunti e classificati tutti gli articoli concernenti i tumori maligni, pubblicati in tutti i Paesi. Il Comitato direttivo scientifico comprende A. Borrel, J. de Nobele, H. Hartmann, C. Regaud e G. Roussy.

Onoranze al prof. Piero Giacosa.

Allo scadere del prossimo anno scolastico 1927-28 il prof. Piero Giacosa, stabile di farmacologia sperimentale nella R. Università di Torino, dovrà, in omaggio alla legge universitaria sui limiti di età, abbandonare la cattedra che egli occupa ed illustra da più di 45 anni.

Il nome di Piero Giacosa è largamente noto nel campo scientifico, in quello letterario ed in quello artistico. Parecchie generazioni di medici, di farmacisti e di artisti ricordano tuttora le sue dotte ed eleganti lezioni di Farmacologia, di Storia della Medicina e di Anatomia artistica: innumeri lettori si sono abbeverati come a purissima fonte di pensiero e di bellezza alle sue opere letterarie, ai suoi articoli di giornali ed alle sue novelle.

Un Comitato di allievi e di ammiratori, presieduto dal prof. Battistini, e di cui fanno parte i proff. Chiò, Borelli, Diena, Dezani, Colombino, ecc., certo di interpretare il sentimento di molti altri allievi ed ammiratori sparsi per tutta l'Italia, ha preso l'iniziativa di una manifestazione di affetto, di stima e di riconoscenza al prof. Giacosa in occasione del suo collocamento a riposo.

L'iniziativa ha già avuto il plauso più fervido di illustri personalità della scienza, della letteratura, dell'arte e dell'industria, ed il gruppo promotore è certo che a queste onoranze vorranno dare la loro adesione morale e materiale quanti amici, colleghi, allievi, ammiratori riconoscono in Piero Giacosa un amico, un collega, un maestro venerato ed un lavoratore infaticabile del pensiero.

È intenzione del gruppo promotore di offrire nel giorno delle onoranze (che avranno luogo nella primavera del 1928) un ricordo artistico al prof. Piero Giacosa. Si prega d'inviare le adesioni e le offerte al tesoriere dott. Secondo Buronzo, Corso Raffaello, 20 - Torino (116).

XX anni di laurea.

I laureati in medicina e chirurgia presso la R. Università di Roma nell'anno 1907, sono pregati di inviare la loro adesione non più tardi del 30 settembre, al prof. Temistocle Laurenti (R. Clinica Chirurgica di Roma) per festeggiare il loro 20° anno di laurea.

Con avviso personale sarà loro comunicato il giorno e l'ora della riunione.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

ANNO XXXIV Roma, 22 Agosto 1927 Fasc. 34

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Profilassi degli accidenti da iniezione endovenosa di preparati arsenobenzolici nella cura della sifilide.

Dott. LEONARDO DE BENEDETTI
assistente dell'Asilo Materno Prov. di Torino.

Fin dall'inizio della terapia della sifilide con le iniezioni endovenose di preparati arsenobenzolici si sono constatati numerosi accidenti, la cui frequenza oggi è molto diminuita, sia per la più accurata fabbricazione dei prodotti, sia per la quasi completa conoscenza della patogenesi degli accidenti stessi, la quale, fra l'altro, ha condotto al perfezionamento della tecnica dell'introduzione del rimedio e ha suggerito le cautele da cui deve circondarsi il medico prima di procedere all'iniezione. Tuttavia tali accidenti sono ancora relativamente frequenti: essi possono essere dovuti a errori di tecnica o a reazione dell'organismo malato, e possono dividersi in:

fenomeni immediati (sensazioni soggettive olfattive e gustative; pruriti; dolori lungo il decorso della vena; parestesie in generale); si manifestano durante l'iniezione;

fenomeni precoci (lipotimie; crisi sincopali; spandimenti perivenosi; crisi nitritoidi; febbre; cefalea; disturbi gastrointestinali; albuminuria; reazione di Jarisch-Herxheimer; eruzioni cutanee; encefalite emorragica); si manifestano immediatamente o poco dopo l'iniezione;

fenomeni tardivi (neurorecidive; ittero).

Prima di discutere la patogenesi di tali accidenti e di indicarne i metodi profilattici, credo opportuno ricordare le precauzioni generali che deve adottare il medico accingendosi a curare con iniezioni endovenose di preparati arsenicali un malato di sifilide. Tali precauzioni si potrebbero compendiare in una sola frase: poichè esistono controindicazioni all'impiego degli arseno-

benzoli, il medico deve — con uno scrupoloso esame fisico e funzionale — escludere la presenza di queste controindicazioni nel paziente che egli sta per assumere in cura.

Le *controindicazioni* possono essere assolute e relative; queste ultime, a loro volta, possono essere permanenti o temporanee. Nei primordi delle esperienze cliniche con il salvarsan, Paolo Ehrlich aveva indicato un numero abbastanza ragguardevole di condizioni morbose che precludevano l'uso del suo rimedio: oggi l'esperienza ha ridotto grandemente tale numero, riconoscendo come vere *controindicazioni assolute* le gravi alterazioni del sistema nervoso centrale, quelle dell'apparato cardiovascolare, del rene, del fegato, sempre che tali lesioni non riconoscano un'eziologia luetica (nel qual caso la cura specifica deve essere praticata, tuttavia con molta prudenza). Altre condizioni che controindicano la terapia arsenobenzolica sono: la diatesi emorragica, gli stadi avanzati di tubercolosi, i processi infiammatori anche leggeri, lo stato timolinfatico. Le controindicazioni relative — pur permettendo l'istituzione della cura endovenosa — richiedono al medico una speciale attenzione: si considerano *controindicazioni relative permanenti* le forme leggere di quelle condizioni morbose descritte come controindicazioni assolute; il diabete; il morbo di Addison; il morbo di Flajani-Basedow; la tubercolosi nel primo stadio, specie le forme fibrose; i vizi cardiaci valvolari. Sono *controindicazioni relative temporanee* i processi infiammatori acuti (riniti, bronchiti, ecc.), anche se lievi; in tali casi è prudenza attendere la loro guarigione. Anche lo stato di stanchezza fisica rientra fra queste controindicazioni, perchè l'individuo affaticato ha consumato nel lavoro l'adrenalina di riserva: dovendo procedere all'iniezione endovenosa, il medico attenderà che il paziente si sia riposato alquanto e gli somministrerà dell'adrenalina mezz'ora prima di eseguire la iniezione endovenosa.

Dopo essersi accertato che il paziente si trova in condizioni generali adatte a sopportare l'introduzione endovenosa di preparati arsenobenzolici, il medico deve ancora istituire delle ricerche per saggiare un'eventuale idiosincrasia del malato verso il rimedio: a questo proposito Wechselbaum consiglia di praticare un'iniezione intradermica di arsenobenzolo, indicando come segno di intolleranza verso questa sostanza la formazione di un eritema. Effettivamente questo segno ha ben poco valore: la formazione dell'eritema si ha con molta frequenza anche in individui che tollerano benissimo l'arsenobenzolo, data la grande causticità di questo medicamento. Piuttosto, si potrà ricorrere all'iniezione endovenosa di una dose minima del rimedio, ricercandone quindi i fatti reattivi.

La preparazione morale del malato all'inizio della cura è importante: esistono individui pusillanimi, sensibili, suggestionabili, che temono la vista del sangue e il dolore: è bene spiegare a costoro come la cura sia necessaria, i pericoli minimi, il dolore nullo; e poichè molte volte la semplice sensazione olfattiva del rimedio è sufficente a provocare in tali individui lipotimie, nausee, conati di vomito è consigliabile evitare al paziente tale sensazione, invitandolo a comprimersi fra l'indice e il medio le narici.

L'individuo che si sottopone a un'iniezione endovenosa deve essere digiuno da almeno 12 ore e deve avere l'alvo libero: ma poichè in individui dal canale intestinale sensibile l'assunzione di un purgante può portare disturbi tali da compromettere il buon esito dell'iniezione, sarà sufficiente che egli si sia praticato un enteroclisma.

Riguardo alle dosi da usare, bisogna tener presente che l'azione degli arsenobenzoli è essenzialmente spirillicida, e che nella sifilide i parassiti non si trovano direttamente nel sangue ma si annidano in regioni dove il rimedio può giungere difficilmente per la loro scarsa vascolarizzazione. Quindi la terapia deve informarsi a due concetti: 1) iniettare il rimedio in modo che esso possa essere prontamente assorbito e arrivare dal sangue negli spazi linfatici degli organi e dei tessuti in una concentrazione abbastanza forte per poter esplicare la sua azione spirillicida; 2) ripetere a intervalli le iniezioni allo scopo di agire sui treponemi eventualmente sfuggiti alle prime iniezioni e profondamente nascosti.

A questi concetti bisogna aggiungerne un terzo: quello dello scopo che si vuole raggiungere, diverso se ci troviamo di fronte a un caso di infezione recente (trattamento abortivo) o a uno di infezione antica (trattamento curativo).

Ancora un quarto elemento da prendersi in considerazione nella posologia e che il medico deve vagliare con accuratezza è lo stato fisico del malato. Tenendo presenti i concetti su esposti, le dosi devono in linea generale essere regolate nel seguente modo: se il malato è giovane, vigoroso, robusto e non presenta controindicazioni, si deve cominciare da dosi di 15 ctgr., per arrivare a un massimo di 60 ctgr., aumentando la dose di 15 ctgr. ogni 5-8 giorni. È bene non sorpassare mai la dose massima indicata; volendo, si potrà prolungare la cura ripetendo una volta le dosi medie. Se il malato è un individuo debole o presenta controindicazioni relative, le dosi devono essere molto inferiori e la progressione ascendente deve farsi con cautela: non si aumen-

terà la dose se l'ammalato ha presentato fatti di reazione anche minimi e, se questi si ripetessero alle iniezioni successive, sarà opportuno diminuire le dosi o addirittura sospendere il trattamento. Se l'infezione è recente e si vuol tentare un trattamento abortivo, la progressione ascendente potrà essere più rapida: la prima iniezione potrà essere di 30 ctgr. e l'ultima di 75 ctgr., sempre che non esistano controindicazioni e il paziente dimostri di sopportare bene il rimedio. Poichè le dosi devono essere proporzionate al peso dell'individuo (la dose massima è di un ctgr. di rimedio per un kgr. di peso del malato), per le donne ci si atterrà a cifre inferiori. Il rapporto indicato però non serve per gli individui obesi: non bisogna dimenticare in questi casi i disturbi del ricambio e della circolazione, così frequenti negli individui adiposi, e che costituiscono controindicazioni assolute o relative, secondo il loro grado.

Il miglior *liquido solvente* da usare è l'acqua bidistillata e sterilizzata (l'acqua deve essere distillata in alambicchi speciali di vetro di Jena, per evitare i residui metallici e silicei degli altri apparecchi); per la *concentrazione* della soluzione è bene attenersi a valori medi (da 10 a 20 cmc. di acqua): soluzioni troppo diluite comportano difficoltà nella tecnica dell'iniezione; soluzioni troppo concentrate espongono a due gravi pericoli: 1) possibilità che qualche granello di arsenobenzolo non venga sciolto e, iniettato, dia luogo ad embolia; 2) trovandosi di fronte a un paziente intollerante, appena iniziata l'iniezione, possono insorgere subito dei gravi fenomeni, perchè, anche se si sono iniettate soltanto poche gocce della soluzione, questa, molto concentrata, contiene una quantità molto alta di arsenobenzolo.

La soluzione dell'arsenobenzolo nell'acqua distillata può essere preparata rapidamente nel seguente modo: nella fiala che contiene l'acqua, e che deve essere a collo largo, si fa cadere con piccole e rapide scosse la polvere, che tosto si scioglie; versando invece l'acqua sulla polvere, perchè questa si sciolga, occorre un tempo assai maggiore: infatti gli strati superficiali del preparato, investiti dall'acqua, costituiscono una poltiglia che impedisce all'acqua di penetrare negli strati più profondi. Quando tutto il preparato sia sciolto, bisogna osservare per trasparenza la soluzione, per giudicarne della bontà: se esso è alterato, la soluzione si presenta torbida; se è in buono stato di conservazione, la soluzione sarà perfettamente limpida. Anche l'esame del colore del preparato ha valore per questo giudizio: ma per esso non si possono dare regole generali, variando il colore per ogni singola marca.

Dobbiamo ora descrivere la *tecnica dell'iniezione*, per ricevere la quale il paziente non è necessario che stia in letto: è sufficente che egli stia comodamente seduto e che appoggi il braccio ben disteso sopra un tavolo: si avrà cura che, in tale posizione, il livello della ascella del paziente corrisponda all'altezza del tavolo, di modo che risulti quasi abolito l'angolo del braccio con l'avambraccio. Si disinfetta accuratamente con tintura di jodio la faccia flessoria del gomito, asportando quindi con alcool l'eccesso di jodio; si applica quindi nel terzo medio del braccio un tubo di gomma, stringendolo moderatamente in modo che non ostacoli la pressione arteriosa, ma rallenti soltanto il circolo venoso. In tal modo le vene si fanno turgide e ben appariscenti sotto la cute, tanto più se il paziente, per favorire il deflusso del sangue dalla mano, compie dei movimenti di flessione e di estensione delle dita. La *siringa* che si adopera deve essere molto pulita: poichè, dopo ogni iniezione possono restare aderenti alle sue pareti delle traccie di arsenobenzolo che, ossidandosi, possono, nelle iniezioni successive, esser causa di accidenti, per ovviare a questi Golay consiglia di lavare la siringa, subito dopo l'iniezione, a freddo con acqua distillata e di precipitare i composti arsenicali che si trovano eventualmente nell'acqua di lavaggio con una soluzione di nitrato d'argento al 2-4 %: si formerebbe così un precipitato bruno e uno violaceo, che non sarebbe altro che un arseniato d'argento misto a materie organiche. È bene pulire ancora meccanicamente le pareti della siringa con un batuffolo di cotone. L'*ago* che si adopera non deve avere una lunghezza superiore ai 4 cm., nè deve essere troppo grosso per non ledere eccessivamente la parete della vena; la sua punta non deve essere troppo lunga ed affilata — per non trapassare la parete opposta della vena — nè troppo smussa — per evitare una lacerazione della parete della vena —. Con l'ago si può rimestare la soluzione per favorirla, ma bisogna badare, quando si pratica la iniezione, che esso non sia stillante della soluzione per evitare che questa provochi — a contatto dei tessuti — una reazione infiammatoria. Per trafiggere la vena prescelta, occorre che questa sia ben ferma: in alto essa è già fissata dal laccio, in basso la si fissa col pollice della mano sinistra, che, con le altre dita, abbraccia l'avambraccio: in tal modo l'introduzione dell'ago sulla vena è abbastanza facile. Ma talvolta la cosa presenta alcune difficoltà: anzitutto nei soggetti adiposi, nelle donne in specie, le vene sono poco visibili e, affondate come sono fra cuscinetti di grasso, si possono talvolta percepire soltanto col tatto sotto forma di cordoncini. Negli individui a

vene prominenti, talvolta, appena infisso l'ago, si forma un piccolo ematoma: questo inconveniente è da attribuirsi in parte a una particolare disposizione anatomica e in parte al laccio troppo stretto: accade quindi che la pressione del sangue si presenta in un certo momento troppo elevata, sicchè il sangue fuoriesce intorno all'ago. Verificandosi tale fatto, non bisogna insistere, ma togliere l'ago e pungere un'altra vena. Sono state studiate e costruite siringhe atte a semplificare l'iniezione: siringhe a becco eccentrico, siringhe a becco ricurvo, ecc.; ma, con un po' di pratica, servono ottimamente le usuali siringhe. Infisso l'ago nella vena, un piccolo getto di sangue refluo nella siringa avverte che la punta dell'ago si trova veramente nel punto voluto: allora, tolto il laccio, prima di spingere la soluzione di arsenobenzolo nella vena, conviene aspirare un po' di sangue nella siringa per diluire maggiormente la soluzione; in seguito si potrà spingere molto lentamente la soluzione nella vena. Più è lenta l'iniezione e più sicuro ne sarà il successo, potendosi così evitare gli accidenti da embolia medicamentosa e altresì sospendere tempestivamente l'iniezione se insorgono segni di intolleranza nel malato; nel corso dell'iniezione conviene ripetere due o tre volte la manovra di aspirare un po' di sangue nella siringa per assicurarsi che l'ago sia sempre nella vena. Questa manovra va poi sempre ripetuta alla fine della iniezione, per asportare dalle pareti della siringa con un lavaggio di sangue i residui del medicamento, e per evitare, quando si estrae l'ago dalla vena, che qualche goccia del preparato si versi fuori della vena. Estratto l'ago, si lascia cadere sulla piccola ferita della pelle una goccia di collodio.

Se, nonostante tutte le precauzioni, un po' di liquido si versasse nel tessuto perivenoso — e di ciò ci avverte il malato stesso coll'accusare una sensazione urente —, non bisogna estrarre subito la siringa, ma, con energiche e ripetute aspirazioni, si deve cercare di aspirare nella siringa almeno una parte del liquido fuoriuscito, in modo che la susseguente reazione infiammatoria sia relativamente modica. Fatta l'iniezione, è bene che il paziente resti ancora per qualche ora in digiuno assoluto e in riposo.

* * *

Indicate così le precauzioni generiche che il medico deve adottare ogni qualvolta si accinga a praticare un'iniezione endovenosa, vediamo ora quali siano i metodi di profilassi dei singoli accidenti da arsenobenzoli. Questi si possono suddividere in quattro categorie: 1) accidenti dovuti a errori di tecnica; 2) accidenti dovuti a fenomeni di reazione dipendenti dalla sifilide; 3) accidenti dovuti a turbamenti umorali consecutivi all'iniezione; 4) accidenti dovuti a fenomeni tossici.

ACCIDENTI DOVUTI A ERRORI DI TECNICA.

Possono essere *locali* o *generali*. I primi sono dovuti a spandimento del liquido nei tessuti perivenosi: in questo caso insorge repentinamente, nel corso dell'iniezione, un dolore vivissimo, che impone la sospensione immediata dell'iniezione. In seguito può formarsi edema, infiammazione diffusa e, se lo spandimento è stato relativamente abbondante, si può avere anche necrosi dei tessuti con formazione di escara o di flemmone asettico. Questi accidenti sono facilmente evitabili, se il medico si attiene rigorosamente alle regole della tecnica, descritte precedentemente. Talvolta una goccia di sangue fuoriesce dall'orifizio dell'iniezione e infiltra il tessuto cellulare, dando luogo alla formazione di un'ecchimosi che scompare poi in pochi giorni. Anche questo accidente si può evitare facilmente, usando aghi di medio calibro. Gli accidenti generali sono per lo più fenomeni tossici dovuti a una troppo lenta preparazione della soluzione che, esposta per tal modo all'aria per un periodo di tempo relativamente lungo, si ossida, per cui aumenta il suo potere tossico. Possono anche dipendere da una troppo rapida introduzione del farmaco nella vena: in tal caso, si nota angoscia, accelerazione del polso, fenomeni di congestione. È prudente quindi prolungare la durata dell'iniezione per il maggior tempo possibile.

ACCIDENTI DOVUTI A FENOMENI DI REAZIONE DIPENDENTI DALLA SIFILIDE.

Allorchè un medicamento attivo come gli arsenobenzoli arriva a contatto di lesioni sifilitiche, si producono delle reazioni locali e generali che è importante conoscere per saperle evitare.

Le *reazioni generali* sono la *febbre* e la cosidetta *reazione di Herxheimer*. La *febbre* (a parte quei casi in cui è provocata da microorganismi eventualmente caduti nell'acqua distillata se questa rimane troppo tempo esposta all'aria) indica una intolleranza viscerale o, se è accompagnata da vomiti, da cefalee, ecc., un'intolleranza del sistema nervoso centrale, come ha dimostrato il Ravaut. In genere la si può evitare, se si farà precedere la cura arsenobenzolica da una serie di cinque-sei iniezioni mercuriali o bismutiche. Se, come accade nel maggior numero dei casi, la febbre non dura che qualche ora e non sorpassa i 38°-38°,5, essa è indice di una reazione modica.

tanto più se insorge soltanto dopo la prima iniezione: e in questo caso è trascurabile; ma se essa si manifesta dopo ogni iniezione, se sorpassa i 38°,5, e specialmente se è accompagnata da altri fenomeni generali, occorrerà agire con la massima prudenza, diminuendo le dosi o, per lo meno, non aumentandole più fino a scomparsa della reazione febbrile e distanziando maggiormente un'iniezione dalla successiva. Se, nonostante ciò, febbre e fenomeni generali persistono, è opportuno troncare la cura. In genere, le reazioni febbrili si manifestano con una certa regolarità, sì che si può dire: *dopo la prima iniezione di arsenobenzoli la comparsa della febbre è la regola, l'assenza l'eccezione; dopo le iniezioni successive la comparsa della febbre è l'eccezione, l'assenza la regola.*

Si chiama abitualmente *reazione di Herxheimer*, sebbene il fenomeno sia stato per primo osservato e descritto da Jarisch, che lo notò sulla pelle di individui luetici curati con mercurio, una particolare manifestazione di ipersensibilità a carattere iperemico ed edematoso, che si produce nei tessuti sifilitici, sotto l'influenza di una cura specifica o con mercurio o, assai più di frequente, con arsenobenzoli. Herxheimer e Krause studiarono i fatti cutanei prodotti da detta reazione in seguito alle cure mercuriali e successivamente Ehrlich estese il concetto di tale reazione alle manifestazioni interne consecutive alla cura del salvarsan, facendo in tal modo assumere una notevole importanza a questo fenomeno; al quale, più tardi, Leredde volle addirittura far risalire la causa di tutti i casi di morte prodotti dal salvarsan, cancellando quasi quelli dovuti all'azione tossica del rimedio. La reazione ha carattere spiccatamente iperemico, che si estrinseca sotto forma di esantemi, i quali possono comparire un paio d'ore dopo la prima iniezione e scomparire in sei-otto ore; altre volte invece essa non si rende manifesta che dopo uno o due giorni, per scomparire lentamente; talvolta si ripete ancora, ma in forma più debole, dopo la seconda iniezione. Contemporaneamente le manifestazioni sifilitiche preesistenti presentano un'accentuazione dei loro caratteri; tuttavia la reazione è diversa secondo i vari stadi della malattia. Mentre gli esantemi del periodo secondario reagiscono intensamente, il sifiloma iniziale si limita a diventare un po' più turgescente; se il sifiloma iniziale è ulcerato, per lo più non dà reazione; le gomme si gonfiano e, se sono aperte, oltre a farsi turgide, possono secernere un essudato sieroso; se esiste roseola, questa diventa diffusa, vivamente arrossata, potendosi associare altresì ad infiammazione della mucosa e a febbre. Così pure le eruzioni papulose si fanno più turgescenti, più infiltrate, più rosse, circondandosi talvolta di un alone eritematoso. Le manifestazioni profonde della sifilide grave, per contro, restano quasi sempre senza reazione. Come si è detto, la reazione è caratterizzata da iperemia ed edema dei tessuti e si nota, ancora dopo la scomparsa dell'esantema, una forte infiltrazione perivasale, come si trova nella roseola sifilitica, ed edema dell'epidermide con ammassamento delle cellule e stiramento dei ponti intercellulari. Si tratta quindi di manifestazioni che ripetono i caratteri, alquanto esaltati, delle lesioni sifilitiche stesse.

Le reazioni viscerali possono anche passare inavvertite o venir scambiate con manifestazioni di altra natura; così l'ittero, l'albuminuria, la cefalea sono sintomi che, in date condizioni, possono essere l'espressione di una reazione di Herxheimer, sebbene frequentemente siano riscontrate in un decorso normale di sifilide. Il sistema nervoso è quello che dà le reazioni più svariate e più temibili, che possono andare da una semplice cefalea alla vertigine, dalla perdita di coscienza a quella sindrome complessa, talvolta mortale, che è la cosidetta apoplessia sierosa. Questa grave manifestazione non viene però da tutti collocata fra le reazioni di Herxheimer: secondo alcuni autori essa dipenderebbe dalla tossicità del preparato arsenicale. Invece Leredde, Pincus, Caesar non esitano a interpretarla come una reazione di ipersensibilità; Gennerich avrebbe notato che essa si manifesta soltanto nella sifilide primaria o recentemente secondaria, mentre mancherebbe nelle sifilidi avanzate e in quelle già precedentemente curate. La reazione di Herxheimer si può anche osservare nei periodi di latenza della sifilide e, d'altra parte, la cosidetta reattivazione della sierodiagnosi con iniezioni di arsenobenzolo viene considerata come l'espressione di una reazione di Herxheimer di occulti focolai sifilitici. La natura di questa reazione ha dato luogo ad interpretazioni diverse, ma molti autorevoli osservatori convengono nel considerarla come manifestazione di ipersensibilità da processi immunitari; altri invece la attribuiscono alla distruzione rapida dei treponemi; Ravaut ritiene trattarsi di reazioni chimiche tra il medicamento e i tessuti irritati. Ad ogni modo, qualunque ne sia la patogenesi, è importante sapere che la reazione di Herxheimer è evitabile, iniziando la cura con dosi deboli di arsenobenzolo, o facendo precedere una serie di qualche iniezione mercuriale. In seguito non bisogna condurre troppo energicamente la cura, e, al minimo allarme, rallentarla.

Delle *reazioni locali* la più frequente è la cosidetta *neurorecidiva*, che ne può essere considerata il prototipo. Essa consiste in una lesione dei

nervi cranici, che può portare alla paralisi e, in alcuni, fenomeni limitati di meningite, che sopraggiungono in modo subdolo, dopo qualche settimana o anche dopo qualche mese da che si è ultimata o sospesa la cura arsenicale. Si manifesta soltanto in individui a sistema nervoso precedentemente alterato e nei quali il trattamento arsenicale non è stato sufficentemente condotto, e durante il quale non si è sorvegliato il comportamento del sistema nervoso. Questi fenomeni guariscono, riprendendo la cura con dosi deboli e cautamente crescenti. Quale ne è la patogenesi? A partire dall'inizio del periodo secondario, il treponema si insedia pressochè in tutti gli organi e particolarmente nel sistema nervoso, producendovi alterazioni nei vasi, la cui importanza è tanto più grande in quanto nelle meningi la circolazione capillare è assai fitta. Ora, se un trattamento energico determina una reazione in corrispondenza di queste lesioni, ne risultano alterazioni circolatorie, che possono andare fino all'obliterazione dei vasi; ne risulta diminuzione o soppressione dell'arrivo del medicamento in seno a queste colonie parassitarie, le quali sopravviveranno. Se in queste condizioni si abbandona la cura, i treponemi sopravissuti, così isolati, proliferano, continuano la loro opera e producono, dopo qualche tempo, i segni a carico del sistema nervoso detti « neurorecidive »: sono, queste, lesioni in piena attività dimostrata dalla forte reazione meningea. Nello stesso modo, pare, si producono certe lesioni cancriformi, simulanti reinfezioni, che sono state osservate in individui sifilitici che avevano sospeso la cura, dopo un brevissimo trattamento. Volendo approfondire la ricerca del meccanismo, col quale si produce l'isolamento più o meno completo della colonia di parassiti, si affacciano due ipotesi: o che un trattamento più o meno energico provochi un'irritazione nel vaso già infiammato, per cui si avrebbe un rallentamento della circolazione; oppure bisogna invocare un processo puramente meccanico e dare importanza ai precipitati che si formano nel sangue per l'introduzione di certi preparati arsenicali. È ovvio ricordare la necessità di evitare la formazione di precipitati nel sangue che possano ostruire capillari già lesi: il pericolo di formazione di questi precipitati era grande col « 606 », in rapporto con un difetto di alcalinizzazione del preparato; ma con i derivati successivamente fabbricati di quel prodotto gli errori di alcalinizzazione furono soppressi. Accanto all'azione dannosa delle precipitine, potrebbero intervenire reazioni chimiche locali e specialmente processi di ossidazione per opera dei fermenti ossidanti (che si trovano in corrispondenza dei focolaj infiammatori) sul medicamento, questi processi determinerebbero reazioni suscettibili di alterare e di obliterare piccoli vasi e capillari.

Se ho insistito su questi fatti, è perchè essi hanno una grande importanza nel trattamento arsenicale della sifilide con gli arsenobenzoli, ne costituiscono un punto assai delicato e, pur essendone incerta la patogenesi, ci danno indicazioni preziose sulla direzione del trattamento e sui mezzi per evitare gli accidenti che ne derivano. Bisogna ricordarsi che il sistema nervoso degli individui sifilitici in periodo secondario rappresenta un *locus minoris resistentiae;* non bisogna quindi maltrattarlo con un trattamento iniziale troppo violento; bisogna osservarne con molta attenzione le reazioni alla cura arsenicale e non bisogna, abbandonando troppo presto la cura stessa, lasciare che vi restino intatte colonie di germi. Si deve praticare alcune volte la puntura lombare, che ci fornisce schiarimenti assai preziosi sull'esistenza e l'evoluzione dei focolaj meningovascolari.

Da quanto abbiamo detto, si può dedurre che *un trattamento insufficente può essere più deleterio che utile.*

Un'altra reazione locale, che diversi autori attribuiscono alla medesima patogenesi, è l'*epatorecidiva,* più frequente a verificarsi della neurorecidiva. Essa compare alcune settimane dopo l'interruzione del trattamento con disturbi gastrointestinali, segni di epatite, comparsa di un ittero più o meno intenso che ha i caratteri di un ittero infettivo; tale quadro dura da qualche giorno a qualche settimana e in genere non è molto grave, tanto che può scomparire spontaneamente. La patogenesi è stata molto discussa: alcuni AA. sostengono che tutti gli itteri e le epatiti insorgenti durante un trattamento arsenicale siano di origine sifilitica, altri che si tratti di epatiti tossiche. Milian, sostenendo l'origine sifilitica di questo ittero, dice che, allorchè un ittero sopraggiunge parecchie settimane dopo una cura arsenobenzolica, senza altri sintomi che quelli di un ittero da ritenzione, senza febbre o con febbre moderata, con modificazioni variabili del volume del fegato e della milza, si tratta sempre di sifilide epatica: quindi il trattamento di elezione consisterebbe nella nuova somministrazione di arsenobenzoli. Ravaut invece pensa che un'opinione così assoluta possa essere pericolosa per le conseguenze cui può dare origine e crede che bisogna essere eclettici: egli pensa che alcuni di questi itteri siano di origine sifilitica, ma che la maggior parte siano di origine tossica: si hanno cioè epatorecidive come si hanno neurorecidive. Noi non possiamo qui dilungarci sulla discussione, alla quale ha dato origine codesta que-

stione; tentiamo piuttosto di indicare quale sia la condotta da tenere in questi casi. Se si tratta sicuramente di un ittero sifilitico (come quello che insorge sul principio della sifilide o quello che compare in un malato in cui la cura sia stata sospesa da molto tempo), se la Reaz. Wass. è positiva, si può applicare il trattamento arsenico-mercuriale; ma se si tratta di ittero insorgente durante la cura arsenicale o qualche settimana dopo che questa è terminata, bisogna essere molto prudenti: chè, se è vero che esistono epatorecidive vere e proprie (cioè itteri o epatiti strettamente sifilitici), ve ne sono anche di quelli di natura tossica, per i quali il trattamento arsenicale non soltanto può riuscire pericoloso, ma addirittura mortale. Emery ha schematizzato la questione in questa frase: « *Durante la cura della sifilide, l'ittero da causa tossica è la regola; l'ittero da epatorecidiva l'eccezione* ». Perciò di fronte a questi casi sarà bene iniziare un trattamento mercuriale e non più riprendere la cura arsenicale, se non si ha la certezza della natura non tossica dell'ittero.

ACCIDENTI DOVUTI A FENOMENI DIPENDENTI DA TURBE UMORALI.

Fino dall'inizio della cura antiluetica con preparati arsenobenzolici, furono descritti da vari AA. certi accidenti speciali, a insorgenza rapida, che furono considerati in dipendenza da alterazioni umorali e contrapposti agli accidenti di origine tossica: fenomeni caratterizzati da astenia intensa, congestione del volto e delle congiuntive, dispnea, sensazione di angoscia, acceleramento del polso; fenomeni che, eccettuati il vomito e i dolori intestinali, sparivano presto, senza lasciare traccia alcuna. Dopo un breve periodo di incertezza sulla loro patogenesi, essi furono attribuiti a speciali alterazioni umorali, in seguito a decomposizione del medicamento. Alcuni di essi sono incostanti e non si producono sempre; possono apparire soltanto dopo la prima iniezione o dopo parecchie iniezioni; altri appaiono invece dopo ogni iniezione con la stessa intensità o con intensità maggiore; i primi sono facilmente evitabili, i secondi sono inevitabili. Consideriamoli rapidamente:

I fenomeni transitori appaiono in generale fin dall'inizio dell'iniezione: sono nausee, conati di vomito, stato sincopale, parestesie agli arti, dolori addominali, sbarra epigastrica, diarrea, gusto di etere, formicolii alla lingua, scialorrea, edema delle labbra, dispnea, tachicardia. Non appena il paziente li accusa, è bene sospendere immediatamente l'iniezione. Talvolta, ai fenomeni indicati si aggiungono fatti congestizi: gli ammalati diventano cianotici; sulla loro cute si formano zone eritematose; si hanno sensazioni di angoscia, di difficoltà di respiro, di morte imminente. Milian aveva paragonato queste crisi ai fenomeni di congestione prodotti dall'inalazione dei vapori di nitrito di amile, per cui le chiamò « *crisi nitritoidi* ». Esse possono essere fugaci e leggere o gravi, prolungandosi fino a un'ora e più; possono essere più gravi ancora con perdita di coscienza, respiro stertoroso, convulsioni, coma e terminare con la morte. Se i lievi accidenti non sono rari, quelli mortali sono per fortuna eccezionali. Kolle dice che questi accidenti sono la regola nelle iniezioni ripetute a dosi troppo elevate o in soluzioni troppo concentrate: perciò essi sono facilmente evitabili; egli raccomanda inoltre una buona alimentazione durante la cura e l'astensione da ogni eccesso. Accanto a questi fenomeni si possono mettere certi fatti transitori di eruzione cutanea (eritemi orticariformi) e fatti di dispnea a tipo asmatico; in certi malati si possono osservare lievi emorragie e porpora. Secondo alcuni AA., l'apoplessia da siero sarebbe da collocarsi fra questi fenomeni; secondo altri, essa rientrerebbe nella reazione di Herxheimer.

Le cause di queste manifestazioni sono assai varie: fra queste sono da ricordare la tecnica delle iniezioni (iniezione troppo rapida; soluzione concentrata) e la qualità dell'arsenobenzolo adoperato: infatti tali accidenti erano assai frequenti con l'antico « 606 ». Alcuni pazienti sono in special modo predisposti a questi fenomeni: ma tale predisposizione è assolutamente temporanea, poichè deriva da una fatica, da uno strapazzo fisico recente; perciò è consigliabile che gli ammalati non si affatichino nelle ore che precedono l'iniezione. Come si vede, è impossibile attribuire a un fattore ben determinato la causa di questi accidenti, il cui meccanismo è ancora oscuro. Ad ogni modo, per evitare il pericolo di incorrere in crisi nitritoidi, gli AA. consigliano diverse precauzioni. Così Milian nel 1913 ha proposto l'uso dell'adrenalina, sia come mezzo preventivo nella dose di 1 milligr. e più per via orale o sottocutanea mezz'ora prima dell'iniezione, sia come mezzo curativo quando compajano gli accidenti; secondo la gravità e la durata di questi, le dosi saranno più o meno forti e ripetute. Se non bisogna temere l'uso dell'adrenalina, d'altra parte non bisogna credere che essa sia infallibile; in certi malati che non hanno che reazioni assai deboli essa determina talvolta un tal pallore, astenia, tremito, sensazione di angoscia che certi preferiscono la leggera reazione a questi malesseri talora assai penosi. Per supplire a queste manchevolezze e a questi inconvenienti dell'adrenalina, si è consigliato l'uso di mezzi che si ado-

perano per prevenire gli shocks anafilattici. Ravaut pensando che i disturbi consecutivi alle iniezioni di arsenobenzolo siano dovuti a fenomeni di ossidazione, cerca di impedire o neutralizzare questi con l'uso di corpi riduttori e specialmente con iposolfito di sodio. Più recentemente Lumière e Chevrotier hanno soppresso sperimentalmente lo shock anafilattico di siero con l'uso dell'iposolfito di sodio. Quale è l'azione di questo sale? Lo shock anafilattico avrebbe per base una rottura dell'equilibrio colloidale, che si rivela con una flocculazione micellare, donde ostruzione della rete capillare e asfissia fulminante: l'iposolfito di sodio avrebbe azione antiflocculante. I fenomeni consecutivi alle iniezioni di arsenobenzolo avrebbero la stessa origine, perchè nella morte da shock da essi provocato, sono stati osservati flocculi nel cuore e nei vasi del polmone. Ma l'uso dell'iposolfito di sodio non è entrato nella pratica: Ravaut stesso raccomanda estrema prudenza nel suo uso per via endovenosa. Egli adopera dosi varianti fra i 4 e i 15 gr. di una soluzione al 20 %, preferendo incominciare con dosi minime per saggiare la suscettibilità dell'infermo. Ma Cheinisse osserva che una tale pratica non risponde alle esigenze della profilassi dello shock arsenicale, nel quale bisogna agire presto. Nessuna riserva invece nei riguardi del carbonato di sodio, adoperato per i primi da Sicard e Paraf. Quando si temano fenomeni di intolleranza per iniezioni endovenose di novarsenobenzolo anche a piccole dosi, basta introdurre in precedenza nella vena 30 cmc. di soluzione fisiologica contenenti ctgr. 60-75 di carbonato di sodio. La soluzione arsenicale può essere iniettata subito dopo con lo stesso ago lasciato in sito. Si evita così qualsiasi fenomeno reazionale, sia immediato che lontano. Vi sono però da prendere alcune precauzioni tecniche: siccome l'alcali intacca il vetro, bisogna servirsi di soluzione di carbonato di sodio sterilizzata e conservata in vetro duro e, per la stessa ragione, evitare che la soluzione dimori a lungo nella siringa di vetro. Sicard inoltre raccomanda di attenersi scrupolosamente al titolo indicato della soluzione, potendo una più forte concentrazione produrre una stenosi venosa.

Altri mezzi più semplici sono stati proposti per evitare lo shock consecutivo ad iniezioni di arsenobenzolo: I. H. Stockes consiglia di praticare, un quarto d'ora prima dell'iniezione endoven. un'iniez. ipoderm. di gr. 0,0012 di atropina; Busman, confermando l'efficacia di questo metodo, osserva però che non in tutti i casi l'atropina impedisce la crisi e consiglia in conseguenza di associarne l'uso alle iniezione subentranti, secondo il metodo di Beseredka. Kopacewsky propone diversi mezzi: 1) versare 3-4 goccie di etere nella soluzione acquosa concentrata di arsenobenzolo e iniettare lentamente; 2) sciogliere il novarsenobenzolo in una soluzione di saccarosio al 10 %; 3) praticare un'iniezione ipodermica di tre cmc. di olio canforato mezz'ora prima dell'iniezione. Si è pure tentata la desensibilizzazione dell'organismo, iniettando qualche centigrammo del preparato mezz'ora prima dell'iniezione o somministrando per via orale 5-10 ctgr. del preparato un'ora prima dell'iniezione. Sicard ha proposto di eseguire l'iniezione in due tempi, lasciando, dopo la prima iniezione, il laccio sul braccio per evitare una troppo rapida diffusione del medicamento: questo procedimento di topofilassi gli avrebbe permesso di iniettare individui molto sensibili senza insorgenza di reazioni. Altri avrebbero adottato metodi più semplici ed ugualmente efficaci: per Gaston sarebbe sufficente mescolare a parecchie riprese sangue e medicamento nella siringa e per Belgodère praticare l'iniezione in un vaso lontano dal cuore e dal cervello, per es. in una vena della gamba. Praticamente, Tzanck e Vallery-Radot, pur riconoscendo la bontà della septofilassi di Besredka e della topofilassi di Sicard, Paraf e Forestier, ricordano che tali metodi comportano una notevole perdita di tempo, dovendosi praticare due iniezioni a una certa distanza di tempo; e poichè la desensibilizzazione per via orale ha dato altrettanti buoni risultati, essi consigliano di attenersi a questa, facendo ingerire al paziente un'ora circa prima dell'iniezione 1 ctgr. di arsenobenzolo.

Alle reazioni passeggere su descritte fanno contrasto alcune reazioni permanenti: queste hanno la caratteristica di rinnovarsi ad ogni iniezione, anche se si diminuiscono le dosi o si prendono le precauzioni suggerite; spesso esse aumentano di intensità se si persiste, anche con dosi minime, e i mezzi curativi che sono efficaci nei casi precedenti restano senza effetto. Alla costanza della loro insorgenza, si aggiunge la costanza della loro estrinsecazione: esse insorgono dopo un tempo variabile da malato a malato, ma uguale per ogni malato; nello stesso malato sono sempre uguali, si tratti per ciascuno di essi di febbre o di tremiti o di crisi congestizie o di orticaria o di eritemi o di vomiti o di porpora o di emorragie Una volta che l'ammalato è diretto, per così dire, verso un tipo di reazione, vi resta fedele, anche se si cambia la marca del prodotto da iniettare. Talvolta, diminuendo di molto la dose, si possono far diminuire di intensità e qualche volta si riesce anche a stabilire una dose limite, che non si può oltrepassare e che anzi può decrescere se si prolunga troppo la cura. In altri malati invece ciò è impossibile e gli accidenti si manifestano con tale violenza anche con dosi minime

che è preferibile rinunciare alla cura arsenobenzolica. Talvolta certi pazienti che non tollerano l'arsenobenzolo sopportano bene quei preparati di arsenobenzolo più argento. In quelli che sopportano soltanto dosi piccolissime, si potrebbe credere che queste siano insufficenti a combattere l'infezione: ma probabilmente, se questi malati sono così sensibili all'effetto nocivo, lo sono altrettanto a quello terapeutico. Si potrebbe ancora credere che in questi malati le iniezioni endomuscolari debbano essere meglio sopportate, ma così non è: qualunque sia la via di somministrazione, essi hanno reazioni più o meno vive, in rapporto a proprietà acquisite e spesso definitive del siero che rientrano nel quadro dell'anafilassi.

Sicard-Roger e Milian hanno indicato due segni di intolleranza verso l'arsenico, che è bene ricercare prima di intraprendere una cura: Il primo segno consiste nel pennellare la cute del paziente, dopo aver praticato l'iniezione di una piccolissima dose, con tintura di jodio: se esiste intolleranza si hanno fenomeni di irritazione locale. Però questo segno non è costante: Fontana ricorda quattro casi di individui intolleranti in cui il segno di Sicard-Roger fu negativo; e d'altra parte questo segno può essere positivo in individui tolleranti l'arsenobenzolo e intolleranti lo jodio. Il segno di Milian invece è più sicuro: esso consiste nell'insorgenza di una congiuntivite — congiuntivite arsenicale — che si manifesta per lo più con iperemia passiva del quarto inferiore esterno della congiuntiva bulbare in entrambi gli occhi: può talvolta essere anche più estesa, invadere tutta la congiuntiva bulbare ed essere anche più grave di una semplice iperemia passiva.

ACCIDENTI DOVUTI A FENOMENI TOSSICI.

Si distinguono dai precedenti per l'epoca della loro comparsa; sono in realtà più tardivi e non si manifestano che dopo parecchie iniezioni. In certi malati sono relativamente precoci, ma non si manifestano anche in questi casi che dopo parecchie iniezioni; non sono aumentati nè determinati dallo stesso shock della iniezione. Presso alcuni malati sono relativamente precoci se gli organi sui quali agisce l'intossicazione sono già alterati; in altri sono molto più tardivi e non possono apparire che in un tempo assai lontano dalla cessazione della cura.

Bisogna ritenere come fenomeni di shock tutti quegli accidenti di breve durata che insorgono subito dopo l'iniezione; come fenomeni tossici quelli che insorgono tardivamente e che sono duraturi. I più frequenti fenomeni tossici sono quelli che si manifestano a carico del fegato e della cute. In genere, l'epatite tossica di origine arsenicale compare qualche giorno dopo una serie di iniezioni; si manifesta con tutti i sintomi di un ittero catarrale ordinario senza caratteri differenziali da un'epatite sifilitica o da un ittero infettivo ordinario. Abbiamo già ricordato l'opinione di Milian, che ammette che queste epatiti secondarie alla cura arsenicale siano sempre sifilitiche e rappresentino delle recidive da curarsi con una nuova somministrazione di sali arsenicali; altri AA. al contrario riconoscono non soltanto la possibilità, ma la grande frequenza, di epatiti tossiche. Essi danno come prova che certe serie medicamentose sembrano più tossiche e più itterogene di altre, che questi itteri sono spesso aggravati dalla ripresa del trattamento arsenicale. La prova dello shock proteopessico proposta da Widal e Abrami ha portato un contributo allo studio di questi fatti, mostrando l'alta tossicità del salvarsan per il fegato, che presenta costantemente, durante una cura arsenobenzolica e anche per parecchio tempo dopo di questa, un leggero stato di insufficenza funzionale. Comunque, in ragione delle conseguenze, talvolta assai gravi, che possono avere queste epatiti, è prudente non trattarle sempre e sistematicamente, come consiglia Milian, con gli arsenobenzoli, ma di ricorrere piuttosto al mercurio o anche di sospendere ogni trattamento per un certo periodo di tempo, tenendo in osservazione il paziente.

Gli accidenti tossici a carico della cute sono rappresentati da eritemi persistenti, che ricordano gli eritemi tossici, in particolare le eritrodermiti da mercurio: sono generalizzati, evolvono con « poussées », sono spesso pruriginosi, talvolta durano a lungo e terminano ordinariamente con abbondante desquamazione; altre volte l'eruzione è ancora più intensa e ricorda certe dermatiti esfoliative. Non si può negare la natura tossica di questi accidenti, la quale comporta l'immediata sospensione del trattamento; può darsi che essi derivino da un'alterazione del medicamento prodotta da una speciale costituzione umorale, in particolare dall'intensità di certe reazioni ossidanti. Talvolta si possono interrompere queste manifestazioni con l'iniezione di corpi riduttori, come l'iposolfito di soda in dosi di 5-10 ctgr. al giorno, purchè questo intervento non sia troppo tardivo.

In ultimo, come accidente tossico meno frequente, ricorderò l'albuminuria; essa è molto rara nel corso di un trattamento arsenicale, mentre è frequente nel trattamento mercuriale. Tuttavia, in certi malati, le iniezioni arsenicali, anzichè determinare la ben nota euforia, sono seguite da pallore, anemia, dimagramento, secchezza della pelle, albuminuria in rapporto certamente con turbe tossiche. È anche stata constatata un'ipe-

ralbumosi rachidiana isolata in sifilitici curati unicamente con arsenobenzoli: essa può essere considerata come un segno di intossicazione e di alterazione di centri nervosi.

I disturbi tossici vanno accuratamente evitati: se si teme la loro comparsa, è bene sospendere il trattamento arsenicale e istituire una cura merculiale o bismutica.

* * *

Riassumendo, risulta da questa rassegna che la maggior parte degli accidenti da arsenobenzolo può essere prevista ed evitata, ma che altri costituiscono vere sorprese, perchè derivano da alterazioni medicamentose e da modificazioni umorali momentanee che non si possono prevedere nè evitare. Inoltre, poichè parecchi di essi, pur essendo di origine differente, si manifestano con i medesimi sintomi, è della massima importanza, di fronte a qualsiasi reazione, studiare ogni elemento che può entrare in gioco nella loro patogenesi per avere un sicuro elemento di giudizio nell'ulteriore proseguimento della cura.

Rivoli, maggio 1927.

BIBLIOGRAFIA.

RAVAUT. *Accidenti prodotti dagli arsenobenzoli.* Ann. de Derm. et de Syphyl., dec. 1921.

GOUGEROT. *Le traitement de la Syph.* Paris, A. Maloine, 1911.

NICOLAS. *Syphylis.* Nouveau traité de médec., fasc. IV. Masson et C.

FACCHINI. *La pratica della cura antisifil. per mezzo del « 606 ».* (Scritti med. in on. di A. MURRI per il suo XXXV anno di insegnam.).

LESSER. Berl. Klin. Woch., n. 23, 1911.

EHRLICH. Berl. Klin. Woch., n. 20, 1911.

MICHELI e QUARELLI. Comunic. alla R. Accad. di Med. di Torino, 8-VII-1910.

WECHSELMANN. *Die Behadl. der Syph. mit Dioxydiam.* Berlin, 1911.

EHRLICH. *Die Salvarsantherapie. Rückblicke und Ausblicke.* Münch. Med. Woch., n. 1, 1911.

EMERY-QUARELLI. *La cura della sif. col salv.* U. T. E. T., 1912.

FABRY. Medizin Klin., n. 47, 1919.

GALEWSKY. Münch. Med. Woch. n. 5, 1919.

STARN. Ibid., n. 29, 1919.

DE SILVESTRI. *La tecnica delle iniez. endov.* La Rif. Med., 1921, pag. 80.

MILIAN. *Traitement de la syph. par le « 606 ».* Bull. Soc. Hôp. Paris, 1913.

GOLAY. Ann. de Derm. et de Syph., 1919, pag. 229.

RAVAUT et SCHEICKEVITCH. Ibid., n. 4, 1913.

REBAUDI. *Sui fenomeni anafilattici nel campo dermatologico.*

FONTANA. Gazz. Osp., 1912.

HALLOPEAU. Ann. Derm., 1904.

METCHNIKOFF et ROUX. Ann. Ist. Past., 1905.

SIMON. Bull. Méd., 1919.

RUMMO. La Rif. Med., 1921, n. 9.

RAVAUT. Presse Méd., 18-III-1912.

JAMIN. Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph., 1919, n. 1.

MOORE et FOLEY. Arch. of Derm. et Syph., genn. 1920.

MILIAN. Soc. Méd. des Hôp.; Presse Méd., n. 25, 1919.

GOLDFARB. Derm. Zeitschr., XXV, 1918.

RAVAUT. Presse Méd., sett. 1918.

FLEIG. *La toxicité du Salvarsan*, 1914.

FLANDIN e TZANCK. Comp. rend. de la Soc. de Biol., 1921, n. 32.

MILIAN. Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph., 1920, 4.

MILIAN. Ibidem. 1920, 5.

CLÉMENT SIMON et WUILLIÉMOZ. Ibid., 1920, 7.

RAVAUT. Ibidem, 1911, 2.

NICAUD. Presse Méd., mai 1920.

LACAPÈRE. *Le trait. de la Syph. par les comp. arsén.* Masson, 1920.

EMERY. *Le trait. act. de la Syph.* Baillière, 1921.

RAVAUT et WEISSENBACH. *Phénom. d'intol. rappelants le choc anaphil. observés chez un mal. ayant reçu quatre inject. d'arsén.*

RUBINSTEIN. Comp. Rendus des Séances de la Soc de Biol., 1921, n. 34.

TZANCK. Comp. Ren. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph., 1920, n. 3.

SÉE. Bull. de la Soc. Fran. de Derm. et de Syph., 1920, n. 3.

SÉE. Ibidem, 1920, n. 6.

MILIAN. Ibidem, 1911, n. 2.

KOLLE A. Med. Woch., 1920, n. 2.

MOURADIAN. Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph., 1920, n. 6.

POMARET. Comp. Rend. des Séances de la Soc. de Biol., 1921, n. 15.

TZANCK. Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph., 1919, n. 6.

NICLES CALUPPI. Giorn. It. delle Mal. ven. e della pelle, 1921, pag. 446.

La Riforma medica, 1921, n. 31.

La Lettura medica, anno III, n. 11.

MILIAN. Soc. de Derm., 6-XI-1913.

TZANCK et VALÉRY-RADOT. Comp. Rend. des S. de la Soc. de Biol., 1922, n. 4.

WIDAL et ABRAMI. Presse Méd., 1920, n. 91.

QUEYRAT. Soc. Méd. des Hôp., 17-XII-1920.

PANISSET et VERGE. Comp. Rend. des S. de la Soc. de Biol., 1922, n. 9.

LACAPÈRE. Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph., 1919, n. 3 e 4.

MEYROWSKY. A. M. W., n. 17, 1920.

DE BELLA. *Quando e come si devono usare gli arsenobenzoli nella terapia della sifilide.* Papini e f., Genova, 1920.

Relazione della seduta del 7-II-1922 della Soc. Piem. di Derm. e di S.

CASTELLI. Giorn. Ital. Mal. ven., 1923, n. 2.

BENNATI. Policl., Sez. prat., 1922, 40.

DE NAPOLI. Ibid., 1922, 144.

LO VULLO. Ibid., 1922, 50.

MARIANI. Gazz. Osp. e Clin., 1921, n. 59.

PICCARDI. Morgagni, 1922, n. 20.

MARIANI. Policl., sez. prat., 1921, n. 46.

LEVI. Ibid., 1923, n. 44.

FONTANA. Riforma medica, 1922, n. 29.

ID. *Sifil. e Mal. Ven.* U. T. E. T., 1925.

P. MARIN. Min. Med., a. II, n. 21.

PATTA. *Biol. Méd.*, vol. XV, a. XXIII, n. 10.

ROCCATAGLIATA. Med. Prat., XI, 2, 1926.

GOUGEROT. Journ. des Prat., nov. 1925.

MANTEGAZZA. Rass. Clin. Scient. dell'I. B. I., a. V, n. 4.

NOTE E CONTRIBUTI.

La vaccinoterapia della pertosse.

Dott. GIUSEPPE BLASI.

La terapia della pertosse è stata oggetto in ogni tempo dei più svariati tentativi ed è infinita la lista dei medicamenti proposti dai singoli autori e messi in commercio. Si tratta generalmente di farmaci a base di antispasmodici, atti solo ad influenzare temporaneamente i sintomi, non ad aggredire la causa.

Con la scoperta dell'agente eziologico della pertosse per opera di Bordet e Gengou, i tentativi di una terapia specifica si sono seguìti ininterrotti.

L'immunizzazione passiva fu la prima ad essere tentata oltre che dagli stessi scopritori dell'agente morboso, anche da Klimenko, Duthoit, Rosenthal, Vaulair. I risultati ottenuti dissuasero dal persistere in ulteriori tentativi.

Le successive ricerche furono rivolte all'immunizzazione attiva mediante la vaccinazione, che iniziata in America da Jahorskj, Freemann, Saunders, Johnson, White, fu poi sperimentata da gran numero di studiosi: Graham, Sill, Bamberger, Ladd, Luttinger, Scott, Nicolle e Couvr, Kerlej, Wilson, Davidson, Philibert, Campol, Hess, Ritter, Cavalcanti, Caronia, Pastore, Luzzatti, Spolverini, Randegger, Guidi, Auricchio, Vitetti e moltissimi altri.

I metodi usati dai vari autori per la vaccinazione specifica si riducono quasi tutti al metodo di Wright. Diversi sono i metodi usati da Nicolle e Couvr e da Caronia. I primi usano una sospensione batterica di germi di Bordet-Gengou in soluzione fluorurata al 7 ‰, il secondo usa un autolisato di germi in acqua distillata fenicata al 0,5 % con l'aggiunta dopo tre giorni di 0,85 % di NaCl.

Sebbene i risultati riferiti dai singoli autori non siano concordi, tuttavia la maggior parte degli autori ammette che il vaccino, convenientemente adoperato, esplica un'azione benefica sulla malattia, modificandone i sintomi ed abbreviandone il decorso.

Pochi autori invece (Scott. Bachet e Methnikoff, Alfred, Luzzatti) non riconoscono al vaccino alcuna azione terapeutica.

Parallelamente la letteratura registra anche per questa malattia numerosi tentativi di terapia aspecifica (Manicatide, De Vasconcellos, Valagussa, Bloom, ecc.). I risultati ottenuti sono però di gran lunga inferiori a quelli osservati colla cura specifica.

Riassunta così nel modo più breve possibile la letteratura sulla cura vaccinica contro la pertosse, si deve convenire che questa appare la terapia più razionale. E se esistono ancora oggi, opinioni discordi in proposito, ciò è dovuto con tutta probabilità al fatto che gli autori che si sono occupati di questi studi, hanno usato nelle singole epidemie un solo metodo curativo, trascurando di trattare i bambini pertossici in modi diversi per avere un criterio comparativo sulla efficacia dei diversi metodi usati.

Dal gennaio al maggio di quest'anno, per una estesa epidemia di pertosse verificatasi nella mia condotta, sono capitati alla mia osservazione circa 300 casi di bambini affetti da questa forma morbosa. Di questi, 250 sono stati trattati con le comuni cure sintomatiche: prescrivevo i diversi rimedi per contrade, per avere un criterio più esatto della loro efficacia. Credo inutile riferire dettagliatamente le singole storie, poichè i risultati furono costantemente negativi. A tutti i bambini così trattati (sia che abbia usato preparati opoterapici, di bromo o di bromo-codeina, bromoformio, antipirina, belladonna, ecc.) gli accessi di tosse convulsa sono durati fra continui miglioramenti e peggioramenti, per molte settimane: non ho potuto, però, osservare un solo caso che sia durato meno di otto settimane dall'inizio della malattia.

Una cinquantina di casi sono stati trattati con il vaccino antipertossico senza somministrare contemporaneamente alcun altro medicamento. Tengo a dichiarare anzitutto, che i bambini scelti per la cura vaccinica erano generalmente più gravemente affetti degli altri trattati con la cura sintomatica. L'età dei bambini sottoposti alla vaccinoterapia, variava da pochi mesi, a dieci anni. La cura è stata iniziata nei più diversi periodi di malattia.

Il vaccino usato si trova in commercio ed è allestito con una emulsione di bacilli di Bordet-Gengou in soluzione fisiologica fluorurata (1 ‰) e fenicata (5 ‰). Ogni cmc. di vaccino corrisponde a 250 milioni di germi circa. Il vaccino veniva introdotto per via intramuscolare, di solito a giorni alterni, alla dose di 1 cmc. Le iniezioni non hanno mai dato nè reazione febbrile, nè reazione locale. In qualche caso 12-18 ore dopo l'iniezione, ho potuto osservare un lieve arrossamento che scomparve completamente dopo 24-36 ore.

Nell'annessa tabella sono riferiti i risultati ottenuti con la cura vaccinica. Riferisco soltanto la casistica di quei casi che ho potuto seguire giornalmente.

Numero progressivo	Nome	Età	Giorno di malattia	Quantità di iniezioni praticate e durata di cura	Esito	*Osservazioni*
1	Arduino N. . .	a. 4	20°	6 iniezioni — 15 giorni	Guarigione	Dopo la prima iniezione broncopolmonite risolutasi in pochi giorni.
2	Iolanda G. . .	a. 3	10°	6 iniezioni — 12 giorni	»	Sin dall'inizio della malattia elevazioni febbrili fino a 39°. Tracce di albumina nell'urina. Negativo l'esame obbiettivo.
3	Emidio C. . . .	m. 11	35°	6 iniezioni — 12 giorni	»	Sin dall'inizio della malattia elevazioni febbrili fino a 39°.
4	Iolanda C.. . .	a. 5	8°	6 iniezioni — 14 giorni	»	—
5	Ada R.	a. 4	40°	7 iniezioni — 16 giorni	»	Curata dal 25° giorno di malattia con preparati opoterapici senza alcun effetto.
6	Lina C.	a. 1	15°	6 iniezioni — 12 giorni	»	—
7	Lucia B. . . .	a. 5	30°	4 iniezioni — 8 giorni	»	—
8	Vincenzo B. . .	a. 2 1/2	20°	5 iniezioni — 10 giorni	»	—
9	Alfredo M.. . .	a. 2	10°	8 iniezioni — 16 giorni	»	—
10	Mario G. . . .	m. 2	5°	5 iniezioni — 10 giorni	»	—
11	Nadina C. . . .	a. 5	8°	8 iniezioni — 16 giorni	»	Temperatura elevata nei primi giorni senza localizzazioni. Piccole dosi di aristochina.
12	Lodovico C. . .	a. 3	40°	4 iniezioni — 8 giorni	»	Prima si sominístrarono preparati di antipirina e bellad. senza risultato.
13	Quinto G. . . .	a. 1	24°	6 iniezioni — 12 giorni	»	—
14	Alfredo P. . .	a. 3 1/2	19°	7 iniezioni — 15 giorni	»	—
15	Fausto P. . .	a. 1 1/2	60°	6 iniezioni — 12 giorni	»	—
16	Alda D.	a. 4	25°	8 iniezioni — 16 giorni	»	Broncopolmonite. Somministrazione di aristochina ed idroterapia.
17	Carmelitano D. .	a. 2	18°	7 iniezioni — 15 giorni	»	—
18	Ines M.	a. 4 1/2	12°	5 iniezioni — 12 giorni	»	—
19	Salvo R. . . .	m. 9	3°	8 iniezioni — 16 giorni	»	—
20	Santa R. . . .	a. 2	40°	6 iniezioni — 12 giorni	»	Somministrazione di preparati di bromocodeina.
21	Nazzareno F. .	a. 10	15°	8 iniezioni — 16 giorni	»	—

Riassumendo i dati esposti nella tabella e quelli che per brevità ho creduto inutile esporre dettagliatamente, si registrano complessivamente 52 casi curati con la vaccinoterapia (di cui 21 riferiti nella tabella). Di fronte a questi casi trattati con la cura vaccinica, ho trattato 250 circa con le comuni cure sintomatiche (preparati opoterapici, di bromo-codeina, bromoformio, antipirina, belladonna, ecc.). La malattia si trascinò in questi ultimi, con alternative di miglioramenti e peggioramenti, per parecchie settimane; nessuno dei casi trattati colla cura sintomatica, guarì prima di otto settimane dall'inizio della malattia, ma nella maggioranza la malattia si protrasse per 3-4 mesi ed in alcuni, per 4-5 mesi.

Dei casi trattati con la vaccinoterapia, tutti sono guariti in un tempo relativamente breve (da 8 a 16 giorni di cura) con un numero di iniezioni che variava da 4 a 8. Noi non esitiamo quindi a ritenere il vaccino antipertossico, un rimedio molto efficace nella cura di questa malattia così pericolosa per le conseguenze che può portare e così difficile a curare con altri mezzi terapeutici. In alcuni casi si osserva subito dopo iniziata la cura vaccinica, remissione completa di tutti i sintomi e rapida scomparsa di questi, dopo, poche iniezioni (4-5); in altri, invece, la vaccinazione apporta una sensibile attenuazione della sintomatologia, ma sono necessarie parecchie iniezioni di vaccino (fino ad 8) perchè que-

sta scomparisca completamente. Non ho potuto osservare nessun caso, che non si sia giovato della cura vaccinica.

Quello che importa è di avere fede in questo medicamento e di non abbandonarlo dopo poche iniezioni. Qualche volta capita di osservare vere guarigioni per crisi soltanto dopo 6-8 iniezioni, mentre le precedenti non avevano dato che un effetto terapeutico scarso o quasi nullo.

Dalla nostra esperienza, sembra che l'età degli infermi non abbia speciale influenza sugli effetti del vaccino. I lattanti ed i bambini della 2a e 3a infanzia si comportano allo stesso modo. Contrariamente a quanto affermano altri autori (Caronia, Auricchio, ecc.) non abbiamo potuto osservare un'influenza manifesta del vaccino, in rapporto al periodo della malattia nel senso che la guarigione è tanto più rapida quanto più è recente l'infezione. Questi autori hanno usato, però, un vaccino molto più ricco di germi ed io sono convinto avrei ottenuto risultati ancora migliori, adoperando emulsioni batteriche più ricche di germi.

Risultati molto incoraggianti ho ottenuto anche, in due casi di broncopolmonite da pertosse Anche i sintomi polmonari regrediscono rapidamente con la cura vaccinica.

Concludendo, credo di poter affermare in base alle mie osservazioni ed ai dati che la letteratura riferisce, che i migliori e più costanti risultati nella cura della pertosse, si ottengono con la vaccinoterapia specifica. La sua azione benefica, consiste di solito nell'attenuazione dei sintomi sin dalle prime iniezioni, e successivamente, nella rapida scomparsa di questi, nella regolarità di evoluzione, e nell'abbreviamento del decorso complessivo della malattia.

Monteprandone, luglio 1927.

BIBLIOGRAFIA CONSULTATA.

CARONIA. La Pediatria. n. 6, 1917.
PASTORE. Ibid., n. 6, 1913.
CANNATA. Ibid., n. 3, 1913.
FISCHL. Med. Klin., n. 25, 1917.
HUEN MENS. Amer. Journ. of Dis. of Child, 1918.
BLOOM. Arch. of Ped., n. 1, 1919.
REYNOLD. Ibid., n. 5, 1919.
LUZZATTI. Policlinico, Sez. prat., n. 16, 1920.
CARONIA e DI CRISTINA. IX Congr. Ped. It., 1920.
RANDEGER. Ibid., 1920.
ANDRAIN. Bull. et Mém. Soc. Hôp. Paris, n. 21, 1921.
DEHERRIPON. Journ. de Soc. Méd. de Lille, maggio 1920.
FREEMANN. Med. Rec., n. 99, 1920.
VITETTI. Riv. Clin. Ped., n. 6, 1924.
MEYER. Cpt. rend. d. séances de la Soc. Biol., n. 8, 1921.
CAVAZZUTI. Sem. med., n. 2, 1921.
DÖBELI. Schweiz. med. Woch., n. 10, 1921.

COMMENTI.

Una diagnosi di ascesso ossifluente, errata.

Ho letto nel n. 24 del 13 giugno 1927 de *Il Policlinico*, Sezione pratica, l'articolo del dott. Vernazza, intitolato « Una diagnosi di ascesso ossifluente, errata (strana estrinsecazione del liquido di una peritonite tubercolare) ». Ora, siccome in questo articolo c'è qualche inesatta affermazione, e ci sono delle conclusioni che mi sembrano artificiose, mi permetto di scrivere queste righe senza per questo voler entrare nella discussione dettagliata di un caso clinico non osservato personalmente ma inducendo soltanto da quanto esposto nell'articolo in parola.

Nel caso citato dal dott. Vernazza si tratta di una donna affetta da tubercolosi vertebrale lombare con tutta la sintomatologia concomitante: rigidità, crollo vertebrale, cui deve necessariamente accompagnarsi una raccolta ascessuale magari non palese dapprincipio perchè paravertebrale, cui segue psoite a destra con contrattura in flessione della coscia sul bacino, e, da ultimo, la protrusione all'esterno di una raccolta alla faccia interna della coscia destra, raccolta che, aspirata, dà esito « non al noto pus degli ascessi freddi ma a liquido giallo-citrino lievissimamente torbido ». Ora qui mi permetterò di dire che non è sempre purulento il contenuto degli ascessi freddi ossifluenti. Noi in questo Istituto, come certamente molti altri chirurghi, abbiamo avuto parecchie volte occasione di aspirare da ascessi ossifluenti, anche da carie vertebrale, del liquido giallo-citrino assolutamente senza frustoli e trasparente. E successive, ripetute aspirazioni hanno dato sempre esito a liquido di tal natura. Aggiungo che, solitamente, questo reperto è abbastanza comune nelle forme ossee di vecchia data (come, se non erro, è il caso della paziente in parola). Argomentando quindi solamente dai sintomi esposti ed inducendo da quanto racconta il dott. Vernazza credo che nel suo caso si debba porre la diagnosi di ascesso ossifluente perchè tutti i fatti clinici concorrono a rendere maggiormente verisimile una tale ipotesi. Che un pacco ghiandolare retroperitoneale caseificato abbia da una parte dato luogo alla formazione della raccolta alla coscia e dall'altra ad un'invasione peritoneale, mi pare concezione un po' fantasiosa quando dirittamente si può far risalire al focolaio vertebrale l'origine dell'ascesso, dacchè esistono tutte le premesse cliniche per una deduzione di tal genere. Ed anche trattandosi di ghiandole retroperitoneali caseificate, come mai queste potrebbero dare del liquido chiaro anzichè del pus, secondo il concetto del dott. Vernazza?!

Concludendo quindi, è più verisimile essersi trattato di una tubercolosi vertebrale lombare con le manifestazioni classiche di un ascesso di discesa lungo il psoas di destra: in un primo tempo, contrattura flessoria dell'anca; in un secondo tempo, comparsa della raccolta alla faccia interna della coscia destra dove il psoas termina inserendosi al piccolo trocantere. Concomitante a tutto questo, una peritonite siero-fibrinosa di natura specifica essa pure, cosa non rara a trovarsi anche questa quale localizzazione accessoria in forme specifiche a focolai molteplici.

Dott. MARIO BENCI
Aiuto all'Ospizio Marino Elena Duchessa d'Aosta della Croce Rossa Italiana a Valdoltra (Trieste).

Valdoltra (Trieste), luglio 1927.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

La teoria di Pütter delle tre ghiandole nella secrezione dell'urina.

(VOLHARD. *Zentralbl. f. Inn. Med*, nn. 22 e 23, 1927).

Pütter parte dal presupposto della somiglianza fisiologica fra i reni dei diversi animali, e rigetta invece la teoria fisico-chimica, per intendere il meccanismo della funzione renale.

Duplice è la funzione del rene: eliminazione dei prodotti finali del ricambio, conservazione della concentrazione del plasma sanguigno.

Negli echinodemi, in alcuni vermi e nei molluschi, la escrezione urinaria è intracellulare (fagocitosi, migrazione di cellule), in analogia a quanto avviene per l'espulsione di corpi estranei microscopici dall'organismo umano.

L'eliminazione dell'acido carbonico avviene nell'uomo per diffusione o evasione (senza impiego di energia) e così probabilmente avviene dell'intero ricambio organico dei protozoi e degli organismi di poco superiori.

Nei platelminti e nei rotiferi già si trovano emuntori costituiti da un'unica specie di cellule (cellule terminali).

Nei vermi di classi più elevate vi è già l'eliminazione di corpi purinici dagli emuntori, cosa che avviene anche nei vertebrati e che costituisce un importante punto di confronto, tanto più che in questi vermi si hanno cellule di due categorie, che corrispondono agli epiteli glomerulari e a quelli tubulari dei mammiferi.

Le cellule ghiandolari hanno la proprietà di formare dall'organismo prodotti diversi da quelli esistenti nell'ambiente esterno e di espellerli al di fuori.

Ciò richiede un lavoro cellulare misurabile con la determinazione dei prodotti del ricambio.

Anche altre cellule sono deputate alla proprietà anzidetta, in altre ghiandole destinate ad emettere prodotti di difesa e di escrezione.

Tutte le cellule che producono sostanze finali hanno anche la proprietà di fabbricare sostanze coloranti; quelle invece destinate solo alla eliminazione dei liquidi non hanno questa proprietà.

Nei vertebrati ciò non si può osservare al microscopio, ma nell'emuntorio della chiocciola si possono seguire tre modi di eliminazione: fuoriuscita di semplici gocce, separazione di bollicine a sottili pareti, ed eruzione di vacuoli contenenti blocchetti di escreto.

L'elaborazione *ritmica automatica* è uno dei punti più importanti secondo Pütter; accanto a cellule in riposo ve ne sono altre in attività, e tale attività è determinata nel rene dall'accumulo di sostanze da eliminare.

Tale accumulo è la concentrazione critica, al di là della quale il ritmo di eliminazione si accelera.

La *escrezione* è ritmica, mentre la *evasione* è continuativa. Ed anche si può affermare che la prima modalità di eliminazione è in tutti simile a una *secrezione*.

Riguardo all'eliminazione dell'acqua, si sa che già nelle piante esistono vere cellule capaci di fabbricarne ed eliminarla quasi pura.

Le ghiandole escretorie extrarenali esistono anche nel celoma dei vermi ed eliminano anch'esse sostanze puriniche.

Di fronte ad una concentrazione in solidi di un secreto ghiandolare maggiore di quella dei succhi dell'organismo, si deve credere ad elaborazione e concentrazione attiva da parte delle cellule ghiandolari, mentre non è probabile che questa esista quando il secreto ha una concentrazione minore.

Se la secrezione di solidi aumenta e il ritmo diminuisce, si deve pensare a maggior concentrazione nell'organismo di sostanze da espellere; se aumenta la rapidità di eliminazione e diminuisce la concentrazione, si ha esaurimento dei prodotti da eliminare. Anche influenze nervose od ormoniche possono provocare le variazioni di ritmo e concentrazione suddette. L'impedimento meccanico all'evacuazione non influisce sulla natura del prodotto da evacuare, ma bensì sulla sua concentrazione.

Nè può variare la direzione di eliminazione, che è sempre dall'organismo verso l'esterno, perchè se sostanze penetrano dalla parte opposta,

vengono subito sequestrate, accumulate e risospinte per la via normale.

L'escrezione è quasi completamente indipendente dalla irrorazione sanguigna, a meno di variazioni molto considerevoli di essa o del lavoro dell'organo escretore (il quale lavoro porta però ad irrorazione sanguigna maggiore).

Ciò avviene anche per il rene.

Non esiste in esso neanche aumento di eliminazione in seguito ad aumento di pressione sanguigna, in contrasto alla teoria della filtrazione.

Pütter rifiuta inoltre la teoria del riassorbimento dell'acqua.

Difatti contro queste due teorie sta il fatto del differente comportamento, nella diuresi, dei sali e degli zuccheri, e della poca influenza della pressione sanguigna sulla diuresi stessa, come si disse: difatti la quantità di urina escreta p. es. da un glomerulo di rana è eguale a quella escreta da un glomerulo umano; controversa è la questione se la pressione intraglomerulare sia differente nei due (Pütter afferma che essa sia minore nella rana che nell'uomo, Volhard la crede egualmente bassa in entrambi).

Anche l'avvelenamento da varie sostanze, che produce anuria, non si spiega che con la teoria delle cellule ghiandolari, o teoria secretoria.

L'unico elemento renale costante in tutti i vertebrati è quello corrispondente ai tubuli contorti di 1° ordine dei mammiferi, ed è analogo agli artrociti dei molluschi, nei quali avviene l'accumulazione di corpi purinici.

Il Lophius Piscatorius ha un rene composto solamente di quella parte che corrisponde ai tubuli contorti di 1° ordine; altri pesci hanno anche glomeruli, ma in minor quantità che nei vertebrati. Tutti i vertebrati, compresi gli anfibi e le tartarughe, hanno urina ipotonica rispetto al sangue.

Tutti i vertebrati, compresi gli anfibi, o mancano di anse di Henle o ne hanno solo la branca minore e sono tutti animali più o meno acquatici. Gli animali dotati di anse di Henle possono avere anche urina ipertonica, il che farebbe credere a proprietà secretorie di sali delle anse.

Come in ogni glandola, deve nel rene esservi rapporto tra escrezione e superficie escretoria.

Pütter fa confronti con altre ghiandole delle varie sezioni del rene in ordine alla capacità secretoria ed escretoria e divide le sezioni stesse in tre specie:

1° tipo: ghiandole salivari, ghiandole di Lieberkühn, ghiandole mammarie, con circa 4-5 cmc. di secreto per mq.-ora, corrispondenti ai tubuli contorti (5,5 cmc.);

2° tipo: ghiandole dei villi dell'intestino tenue con 7-9.,5 cmc., corrispondenti alla porzione grossa dell'ansa di Henle (12,5 cmc.);

3° tipo: ghiandole sudoripare con 19 cmc., corrispondenti alla porzione sottile dell'ansa di Henle (19 cmc.) e all'epitelio del glomerulo (50,4 cmc.).

In base a ciò si stabilisce la *teoria delle tre ghiandole.*

La prima è il glomerulo che sarebbe deputato alla escrezione dell'acqua.

La seconda è il tubulo contorto, deputato alla escrezione dell'azoto.

La terza sarebbe la porzione grossa dell'ansa di Henle, che consideriamo come ghiandola preposta alla escrezione dei sali.

La seconda ghiandola sarebbe pure quella che elimina l'acido ippurico.

Che lo zucchero venga eliminato dai tubuli di prim'ordine, non è provato, ma è da credersi.

Per i pesci, nei quali manca la capsula di Bowmann, pare che i tubuli funzionino anche da ghiandola per l'acqua.

Circa la ghiandola per i sali, si può notare che essa esiste solo negli animali capaci di emettere urine ipertoniche, i quali sono gli unici a possedere quella porzione dei canalicoli che per noi corrisponde al tratto grosso dell'ansa di Henle.

L'uomo emette dal rene circa gr. 9.65 di cloro al giorno, e, tenuto conto della diversa superficie secernente (del tratto grosso dell'ansa di Henle), si comporta come gli altri animali più piccoli (topo, ecc.). E così dicasi per l'eliminazione renale dell'acqua, del bicarbonato di sodio, del cloruro di potassio, dell'acido solforico (solfati). E pare che la concentrazione molecolare sia costante per tutti i sali eliminati dal rene: 0.54 circa. Secondo la legge del tutto o nulla, una maggiore o minore attività della *ghiandola per i sali* non modifica questa concentrazione, e la costanza della quantità di sali eliminati si spiega ammettendo che a una diuresi più abbondante corrisponda una diminuzione della durata dei periodi di attività secretoria.

Riguardo alla ghiandola per l'acqua, si osserva bene nel diabete insipido come vi sia un aumento enorme di attività di essa, mentre le altre due (sale e azoto) rendono una normale quantità di prodotto.

In questa malattia si eliminano perfino 30-43 litri di urina in 24 ore, cioè litri 1.25-1.79 all'ora, costituiti in gran parte di acqua.

L'eliminazione del fosfato di sodio è il mezzo con cui il rene mantiene costante la reazione del sangue.

I fosfati si eliminerebbero non solo dalla ghiandola dei sali, ma anche dai tubuli, e vi sarebbe

proporzione e dipendenza tra la quantità di essi e quella dell'azoto e dello zucchero eliminati.

Escrezione e secrezione. Sarebbe molto inverosimile che le innumerevoli sostanze estranee che si possono trovare nel sangue venissero eliminate ognuna per mezzo di una speciale modalità di secrezione.

Per queste invece l'eliminazione avverrebbe per diffusione, quando la loro concentrazione nel sangue supera un dato limite; ciò succede del resto anche in alcuni casi per sostanze normalmente presenti nel sangue.

La circolazione delle secrezioni nei canalicoli renali avviene con una certa pressione. Questa *vis a tergo* è, negli uccelli e nei mammiferi, di circa 40-50 mm. di mercurio. La velocità del liquido nei canalicoli renali è di circa 0.5 mm. in un secondo, quasi come il sangue nei capillari. Il glomerulo avrebbe così anche una funzione meccanica.

Lo stato del meccanismo di secrezione può alterarsi e il prodotto essere quindi differente dal normale. La misura delle alterazioni è data dalla quantità delle varie sostanze nell'urina.

Composizione del sangue e attività renale. — Si deve supporre che ci sia una *soglia* minima della secrezione renale, e un *limite massimo* al di là del quale non possa accrescersi l'attività del rene. Così mano a mano che ci si avvicina al limite massimo, crescerà del pari nel sangue la concentrazione delle sostanze da eliminarsi. E ciò avviene veramente, meno che per l'acqua, e si apprezza in modo particolare per l'urea e lo zucchero, un poco meno per i sali.

Alterazioni del meccanismo secretorio. — Esse possono essere alterazioni cellulari, o anche alterazioni del ritmo secretorio. Come in ogni altro organo vivente, anche nel rene si può parlare ad un certo punto di affaticabilità e di esaurimento, sebbene, secondo le ricerche di alcuni, l'esaurimento nel rene normale insorga difficilmente e basti un quarto del volume dei reni per la vita.

Vi è una periodicità giornaliera nell'attività del rene, non esogena, come lo dimostra l'uguaglianza delle curve di secrezione anche nell'assoluto digiuno.

Inoltre il rene risente di *influssi ormonici* (l'adrenalina accresce la diuresi, l'ipofisina la diminuisce, mentre quindi la soglia di secrezione si abbassa nel primo caso e si innalza nel secondo) e di *influssi nervosi;* il sistema nervoso esercita sul rene, come sul cuore, solamente un'azione regolatrice, ed ha maggiore influenza sulla eliminazione dell'acqua e dei sali che non su quella dei prodotti del ricambio azotato. Pare che agisca attraverso gli ormoni, per mezzo della doppia azione vago-simpatica.

Aumento della funzione. — Secondo le ricerche di Pütter, esisterebbe una iperfunzione di una isolata o due delle tre ghiandole renali, senza influenza sulle altre (p. es. potrebbe aversi un'aumentata eliminazione di sali, senza variazioni della quantità di urea e acqua). Quando l'alterazione dell'epitelio abbia raggiunto un certo grado, allora esso si comporterà come una membrana filtrante, e la concentrazione delle sostanze emesse con l'urea tenderà ad avvicinarsi a quella di quelle stesse sostanze nel plasma sanguigno.

Ha poco valore se l'alterazione sia primitiva (del tessuto renale) o secondaria: in questo secondo caso sarebbe la conseguenza di una alterazione dei vasi renali.

Le tre fasi successive della alterazione renale saranno:

1) Aumento (o diminuzione) dell'attività, senza variazioni della permeabilità.

2) Innalzamento della permeabilità per le sostanze non trasportate attivamente.

3) Aumento della capacità della secrezione specifica, con innalzamento della permeabilità per tutte le sostanze.

La teoria di Pütter è dunque suggestiva e spiega molti fatti della fisiologia e della clinica. Pure non è esente da critiche. Per esempio: all'ipotesi che gli elementi secretori si comportino come ghiandole ad attività ritmica, seguendo la legge del *tutto* o *nulla*, si può opporre: In qual rapporto sta l'attività ritmica di ogni singola cellula dei tubuli con l'attività secretoria pure ritmica dei glomeruli? Bisognerebbe ammettere anche una attività ritmica dei vasi afferenti: e sarebbe questa centrale o periferica?

Con tutto questo, la teoria di Pütter rappresenta una pietra miliare su quella via lunga e difficile della quale ancora non è visibile la fine.

GARRONE.

Azione delle acque minerali sui colloidi cellulari e sul meccanismo della diuresi.

(P. L. VIOLLE e P. DUFOURT. *Presse médicale*, giugno 1927).

Come piccolo contributo allo studio del meccanismo della diuresi, gli AA. riferiscono esperienze in vitro compiute osservando il comportamento del muscolo gastrocnemio di rana immerso, in identiche condizioni di riposo e di temperatura, in campioni di acque minerali differenti, tra quelle riconosciute clinicamente come diuretiche e quelle non diuretiche.

Scelto il tessuto muscolare quale il più interessante — poichè la metà dell'acqua dell'organismo è contenuta nella muscolatura — furono registrate l'entità e la rapidità degli scambi d'acqua tra gli

elementi cellulari (che sappiamo essere allo stato colloidale) e l'ambiente di acqua minerale.

La prima fase di questo metabolismo consiste nell'« imbibizione di acqua del tessuto », nel « rigonfiamento », il quale con le acque riconosciute diuretiche avviene rapidissimamente ma raggiunge un grado massimo poco elevato, con le altre invece si stabilisce in modo lento e continuo ed è molto più pronunciato.

La seconda fase è ancora più differente nei due casi: con le acque diuretiche si ha uno sgonfiamento rapido, con perdita anche di elettroliti, che porta il muscolo ad un peso inferiore a quello che aveva prima dell'esperienza: con le acque non diuretiche, il nuovo equilibrio cellulare prodottosi con l'aumento nel contenuto di acqua e di elettroliti, è assai stabile, e non si ha sgonfiamento, oppure questo non diminuisce che progressivamente, senza che si ritorni mai al peso iniziale.

Per quanto queste prove non pretendano di rappresentare esattamente quel che avviene in vivo tra la cellula e la linfa interstiziale che la circonda — carica, sì, di acqua minerale assorbita, ma di un'acqua che, prima di raggiungere l'intimità dei tessuti, ha subito trasformazioni — non si può negare che i fatti osservati concordano perfettamente con le proprietà cliniche delle acque sperimentate; attività diuretica da una parte (Vittel, Contrexéville), dall'altro pericoli per l'assorbimento troppo rapido di grandi quantità di acque non diuretiche (Evian, Vichy) i cui effetti in vitro spiegherebbero quelle reazioni morbose conosciute sotto il nome di « crisi termali », fino alla « cachessia alcalina », o almeno la riconosciuta mancanza di attività diuretica. A. CORRADI.

TERAPIA.

L'alimentazione del sano e del malato.

(BAUER. *Wien. Klin. Woch.*, 1927, n. 19).

La dietetica è al primo posto nel trattamento di moltissime malattie. Ma se il medico pratico ha bene appresi gli schemi dell'alimentazione di un diabetico, di un nefritico, di un gastropatico, di un colelitiasico, egli spesso non ha presenti le variazioni individuali da apportare all'alimentazione, secondo l'età, la classe sociale, la razza, le abitudini, la costituzione, i gusti, le inclinazioni, il clima.

Sappiamo, come punto di partenza, che un uomo normale abbisogna in media di 1600 calorie, quando è in riposo, e la donna di 1400.

Le variazioni da questa cifra, dovute ai più svariati fattori (lavoro corporeo o mentale, temperatura esterna, costituzione, ecc.) sono oscillanti entro larghi limiti: da 200 a 3000 calorie.

Ma vi è qualcosa che rimane costante anche quando variano tutte le condizioni (peso, età, razza, clima, sesso, ecc.) ed è il fabbisogno di albumina: esso si aggira costantemente intorno a gr. 1-1.50 per kgr. di peso del corpo, cioè intorno a gr. 100 giornalieri.

Ma non tutte le proteine hanno lo stesso valore nutritivo: uno massimo ne hanno le proteine del latte, della carne, delle uova e del formaggio, mentre è minore quello delle patate e del riso e ancor minore quello dei cereali e dei legumi. Ciò in dipendenza del diverso contenuto di tali proteine in aminoacidi.

Sorge spontanea l'osservazione che, mentre è agevole introdurre i 100 gr. di proteine giornalieri necessari mangiando carne o formaggio, non è altrettanto facile, specie a chi fa vita sedentaria, introdurli mangiando due chili e mezzo di pane o cinque chili di patate! E si pensi che si tratta del fabbisogno minimo!

D'altra parte, i cibi ricchi di proteine sono cari e poco accessibili alle classi povere.

È vero che le macchine hanno sostituito da qualche tempo molte braccia e che il lavoro dei campi e delle officine richiede ora minore impiego di energia e quindi minor quantità di cibo che un tempo.

Tutte queste considerazioni fanno vedere come siano troppo rigidi gli schemi dietetici che generalmente sono posseduti dalla maggioranza dei medici.

Specialmente nei diabetici bisogna tener conto di ciò, poichè nel diabete appunto si vede che è necessario supplire con l'aumentata somministrazione delle proteine all'aumentato fabbisogno dell'organismo in calorie, dovuto alla limitazione dei carboidrati. E difatti un diabetico al quale si diano molte proteine sopporta assai meglio la privazione di idrati di carbonio cui si deve sottoporlo.

Le stesse considerazioni valgano per il fabbisogno di acqua e sali dell'organismo.

Sappiamo che, a parte le solite considerazioni sul clima, stagione, organismo, ecc., non si può fare a meno di un litro di acqua al giorno. Ma vi è chi, per varie ragioni intuitive, ne avrà bisogno di due, tre ed anche più e risentirebbe forte danno da una privazione troppo forte di liquidi.

Così dicasi dei sali, specie del cloruro di sodio, la diminuzione del quale porta ad una minor secrezione gastrica e quindi a perdita dell'appetito e dei poteri digestivi.

Anche le vitamine debbono esser prese in considerazione nel compilare uno schema dietetico. La vitamina A, la cui carenza provoca lo scorbuto, si trova nel burro e non nella margarina o nel lardo. La vitamina B, nel pane, nei le-

gumi, ecc. E si sa che la sua assenza dall'alimentazione può portare a malattie gravi (Beri-Beri). L'alimentazione delle popolazioni cittadine, specie d'inverno, è povera di vitamine, come ne son poveri gli alimenti sottoposti a cottura. Mentre i contadini hanno una dieta sempre più ricca in vitamine dei cittadini.

Inoltre, fattore importante che non si deve dimenticare è che nel compilare una tabella di dieta bisogna tener conto dei gusti del malato, nei limiti del possibile, sotto pena di togliergli l'appetito e il benessere, causa la rallentata azione dello stomaco, privato dei gusti e delle sostanze sapide ed estrattive degli alimenti. E non si potrà negare che in ogni malattia abbia molta importanza il fattore psichico e la mancanza di anche piccole contrarietà.

La sazietà, che compare presto con l'alimentazione carnea, lattea, di uova, ecc., insorge più tardi con la dieta vegetale. Il contenuto degli alimenti in cellulosa è pure un fattore da prendere in considerazione, a causa sopratutto della sua azione sulla peristalsi intestinale, ma anche della minore utilizzabilità degli alimenti più ricchi di cellulosa.

È quindi compito delicato quello del medico che si accinge a prescrivere una dieta, ed è suo dovere di non generalizzare, ma basarsi sull'alimentazione precedente dell'individuo, quando era sano, e di regolare la dieta stessa secondo i principii suesposti.

GARRONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

F. RIETTI. *La terapia insulinica.* Unione Tip. Editrice Torinese. L. 10.

La terapia insulinica del diabete ha pochi anni di vita e già ha dato origine ad un numero tale di lavori, che riesce difficile tener dietro a quanto è pubblicato e a quanto giornalmente si pubblica; ha dato origine a voluminose monografie, che la ragione della mole trovano nell'intricato dedalo delle teorie che oscurano ancora l'azione del benefico rimedio.

La piccola monografia del Rietti si propone scopi pratici, è dedicata al pratico, il quale deve sapere accanto ai principi fondamentali che diedero vita a questo genere di terapia, le norme sicure per essere utile e per non nuocere: cenni fisiologici, clinica sommaria della malattia, dettaglio nell'uso dell'insulina, con tutte le ricerche indispensabili per seguire e regolarne l'uso. La sobria trattazione dell'argomento, che non manca di lucida chiarezza, sarà molto utile ai nostri medici pratici, nelle mani dei quali deve ormai il rimedio essere affidato, senza soverchi timori e senza eccessive ipertrofizzazioni di difficoltà e di pericoli.

PONTANO.

Behringwerk-Mitteilungen. Heft. 5. *Die Lipatrentherapie der Tuberkulose.* Von Dr. KURT KLARE Marburg-Lahn, 1926.

Negli ultimi 10 anni la terapia della tubercolosi si è arricchita di nuovi rimedi, ma una critica rigorosa ha dimostrato quanto sia difficile giudicare della utilità di ogni mezzo di cura sia per la speciale resistenza del bacillo di Koch di fronte agli agenti chimici impiegati, sia perchè come in nessuna altra malattia, è manifesta nella tubercolosi una spiccata tendenza alla guarigione spontanea.

Si è quindi rivolto ogni sforzo a cercare di aumentare questa tendenza naturale e a esaltare quei poteri dell'organismo che da soli sembra spesso riescano a vincere la malattia. Con ciò il capitolo della Reiz-Therapia si va arricchendo ogni giorno di nuove osservazioni.

In questo fascicolo è trattata la cura della tubercolosi mediante il *Lipatren* che si presenta come un composto di lipoidi e di yatren. Alla parte sperimentale, segue un capitolo sulla parte clinica con i risultati ottenuti impiegando questo nuovo preparato sia per via paraenterale che per via orale.

La letteratura sull'argomento si arricchisce di un importante contributo completando quelle osservazioni che nello stesso campo erano già state rese note dal Mattausch e da Maurer.

TRENTI.

GRENET H., LEVENT R., PELISSIER L. *Les syphilis viscérales tardives.* Masson, Parigi, 1927. Fr. 32.

Gli AA. si sono preoccupati di dare uno studio clinico e critico sull'a importanza che ha la sifilide nelle affezioni viscerali croniche, portando alla trattazione dell'argomento quanto è il frutto della loro esperienza personale. In un primo capitolo sono studiate le sclerosi viscerali nei loro rapporti con la sifilide, negli altri capitoli sono trattati argomenti più particolari, quali la sifilide dell'apparato cardio-vascolare e specialmente l'aortite, l'aortite addominale, l'ipertensione arteriosa, le mediastiniti. Trovano pure ampio svolgimento la sifilide gastrica e quella del fegato, la sifilide del polmone, dell'intestino, della milza, del rene, del peritoneo, del pancreas.

Infine gli AA. trattano di quelle forme generalizzate, cachettizzanti o febbrili per passare poi allo studio degli elementi generali di diagnosi e di terapia.

È un'opera particolarmente utile ed interessante per i medici tutti.

TRENTI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

MEDICINA SOCIALE.

L'assistenza igienica sanitaria ai giovani e la scheda biografica sanitaria.

EDOARDO LIGORIO
Medico Direttore degli Ospedali di Venezia.

Si continua a dibattere, sostenuta da valorosi fautori, la applicazione pratica della scheda sanitaria ed intanto si viene concretando l'istituzione di essa per determinate categorie di cittadini.

È recente un articolo del Filippini pubblicato nel fasc. 28, denso di fede e di praticità ed inspirato alle idee del prof. Devoto, sulla assistenza igienica agli studenti universitari; sono recenti scritti oltremodo persuasivi di Pellegrini e di Ferrannini, sulla necessità della visita periodica obbligatoria dei lavoratori per stabilirne la capacità lavorativa e le attitudini.

Ora se noi vogliamo raggiungere senza scosse, e facendo volta a volta tesoro della esperienza in campi sempre più estesi, lo scopo di dotare tutti i cittadini di una scheda biografica sanitaria, e se vogliamo che il pubblico sia gradatamente educato ad accettarla ed usufruire di tutti gli innegabili suoi vantaggi, la miglior cosa è appunto attuarla gradatamente prendendo determinate categorie di persone e cominciando naturalmente dalle più adatte.

Si verranno così accertando le migliori modalità di funzionamento di un servizio sanitario di tanta importanza e, come dicevo, il giorno in cui esso potrà essere generalizzato avremo già sperimentato le difficoltà da superare, i difetti che vanno evitati, le direttive particolari da dare ad alcuni rilievi e ricerche.

L'Ospedale civile di Venezia, retto da una amministrazione che ha saputo vedere come l'azione degli Ospedali debba oggi estendersi dalla sola cura diretta dei malati ed entrare risolutamente nel campo della medicina preventiva e dell'assistenza sanitaria sociale, in accordo col Fascio femminile di Venezia aveva aperto nel febbraio u. s. un Ambulatorio pei Balilla e le Giovani Italiane e volle dare ad esso un carattere di dispensario sociale, non limitando la prestazione propria alla semplice cura delle forme ambulatorie.

Fu difatti stabilito che non di propria iniziativa venissero i giovanetti alla visita, ma dovessero gradatamente presentarsi tutti e fu istituita una scheda individuale in cui i vari caratteri somatici, le misurazioni, l'anamnesi famigliare ed individuale, i rilievi principali sullo stato dei vari apparati fossero regolarmente annotati, assieme alle eventuali manifestazioni morbose che si avessero nel periodo di vigilanza da parte di questo Dispensario. Non solo, ma al Dispensario stesso lo Spedale ha addette delle assistenti sanitarie visitatrici le quali vigilano il regime e l'ambiente di vita di questi giovanetti, consigliano le famiglie, ne accertano le necessità e segnalano le forme di assistenza che più sieno adatte caso per caso.

Le visite, all'infuori di quelle dovute a malattie intercorrenti, si ripetono ogni 3-4 mesi con registrazione dei nuovi rilievi cui hanno dato luogo. È un'opera di vasta assistenza che intanto, come primo risultato, ha permesso di ben dirigere aiuti e provvidenze sia per le famiglie, sia pei giovani iscritti alle due preziose istituzioni. E ne ha avvantaggiato anche il concetto che va penetrando nel pubblico della utilità delle assistenti sanitarie alle quali dobbiamo affidare un ufficio sempre più importante in quella che sarà, in un futuro che vogliamo augurarci prossimo, la medicina sociale.

Intanto il buon esito di questo primo esperimento aveva fatto pensare ad estenderlo agli studenti degli istituti secondari, quando l'attenzione fu portata sulle speciali condizioni degli studenti universitari.

Mercè accordi intercorsi fra lo Spedale civile e la Scuola superiore di commercio, fu provveduto ad istituire un controllo igienico-sanitario sui giovani allievi di questo istituto superiore veneziano.

L'assistenza, che oggi deliberata si inizierà coll'imminente anno accademico, consisterà in una visita preliminare di iscrizione, nella quale si prenderanno tutti i rilievi e le misurazioni e si raccoglieranno le notizie anamnestiche.

Questi dati sono raccolti in un libretto-tessera personale su cui il medico visitatore segna anche il regime di attività fisica che ritiene adatto al soggetto, gli sports che sono da consigliare e quelli sconsigliati e proibiti, ecc.

Uno spazio è lasciato per tutte le annotazioni delle eventuali malattie riscontrate durante il periodo di studio ed il libretto termina con alcune nozioni e spiegazioni sul valore della tessera sanitaria, sulla profilassi delle malattie celtiche e sulla necessità della cura ai primi sintomi di ogni forma morbosa, segnatamente se a inizio subdolo.

La visita di iscrizione viene compiuta dalle sezioni mediche ospedaliere, mentre per le successive lo studente andrà dal primario adatto alle turbe che egli eventualmente avverta. È però sempre fatto obbligo a chi visita questi giovani di annotare le osservazioni sulla tessera e comu-

nicarle poi alla Direzione dello Spedale che tiene uno schedario coi duplicati delle schede emesse. Le visite per affezioni mediche e quelle periodiche di controllo si fanno sempre dalla sezione che eseguì la visita di iscrizione.

Questo servizio di iscrizione e di consigli è assolutamente gratuito per gli studenti.

Ecco dunque che noi andiamo ad istituire in una classe determinata la tessera sanitaria; io sono certo che questa tessera non esaurirà la sua funzione col chiudersi della vita studentesca del giovane, ma nella grande maggioranza dei casi sarà conservata e le annotazioni continueranno, così che avremo già una categoria di cittadini che della scheda sarà fautrice e propagandista tanto ne avrà apprezzato il valore.

I nostri primari ospedalieri hanno anche in questo caso accolto con entusiasmo la nuova funzione loro chiesta; hanno accettato di farsi le guide, i consiglieri sanitari di questi giovani, in gran parte per la prima volta fuori della famiglia, e certamente l'opera loro sarà preziosa come lo è stata e lo è nel campo della assistenza ai giovanetti Balilla e Piccole Italiane e nel campo clinico.

Il Filippini si augura che tutte le Facoltà mediche assumano la protezione igienica degli studenti delle singole Università: l'esempio di come lo Spedale di Venezia ha potuto subito organizzare un servizio di questo genere con l'Istituto superiore che ha sede nella città, mostra che la cosa non è difficile; e del resto nulla è difficile in questo campo quando ci si appresti all'opra con fede e con ferma volontà di bene.

Pellegrini e Ferrannini auspicano la tessera sanitaria e la visita periodica a tutti i lavoratori; è questa un'altra categoria a cui si possono cominciare le applicazioni parziali che devono preludiare alla applicazione generale e naturalmente si dovrebbe cominciare dalle classi di operai meglio specificate, più colte e che per il loro lavoro presentassero speciali pericoli o tendenze morbose.

Io volli accennare in questa nota a quanto si fa a Venezia non solo perchè gli Ospedali si mettano risolutamente in una via che è loro imposta dalla figura che va gradatamente assumendo l'assistenza sanitaria, ma perchè si veda come le idee esposte da vari autori, e di recente portate in discussione e propugnate dai tre valorosi scienziati che citai in queste righe, siano concezioni tutt'altro che teoriche, ma feconde di bene e di facile e pratica attuabilità fin da ora nell'attesa di una più vasta e completa organizzazione.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

IV Congresso Internazionale di Medicina e Farmacia militari.

(Varsavia, 30 maggio-4 giugno 1927).

I QUESTIONE. — *L'evacuazione nella guerra di movimento.* — Nella guerra di movimento, l'influenza delle condizioni tattiche, della natura del terreno, delle intemperie ha tale importanza da rendere impossibile od anche dannoso uno schema preciso di funzionamento.

L'ideale da aver di mira per il trattamento dei feriti deve avere anzitutto come scopo l'adozione di tutti i mezzi di cui si può disporre sulle linee avanzate, tenuto conto delle condizioni variabili dell'ambiente. Per quanto riguarda i mezzi di trattamento, sono necessarie la mobilità e la leggerezza. Per i mezzi di evacuazione, tutti i tipi sono utilizzabili, regolamentari od improvvisati: barelle, automibili sanitarie, carrozze ippomobili di diverse specie, teleferiche, aeroplani.

La tattica sanitaria nella guerra di movimento dovrà tendere a munire le grandi unità di combattimento del minimo di formazioni per il trattamento ed il trasporto, conservando le riserve importanti nelle retrovie.

L'aviazione sanitaria dovrà assumere un ufficio sempre più importante nell'evacuazione della guerra di movimento e talora rimarrà la soluzione indispensabile. L'organizzazione dell'aviazione sanitaria, uscita ormai dal periodo di tentativo, dovrà essere studiata in tempo di pace adattando gli aeroplani civili agli scopi sanitari. I mezzi teleferici assumeranno grande importanza nei movimenti in montagna e la loro organizzazione dovrà essere studiata in tempo di pace, con l'adattamento delle teleferiche di guerra.

Risulta sempre più indispensabile che i direttori dei servizi sanitari ed i loro stati-maggiori speciali possano risolvere i vari problemi posati dalla guerra di movimento. Soltanto una conoscenza profonda e mantenuta al corrente, tenendosi in continuo contatto con i comandi delle condizioni tattiche e col servizio di stato maggiore permetterà di trovare rapidamente la soluzione logica applicabile alle diverse eventualità.

II QUESTIONE. — *Traumatismi cranici; sequele, trattamento.* — L'esperienza della guerra ha dimostrato che fra le sequele dei traumatismi cranici, l'epilessia, le nevropsicosi, i disturbi psicopatici, ecc. si sviluppano negli individui predisposti. Questi vanno eliminati dall'esercito, anche durante la guerra, come elementi nocivi.

Le sequele più favorevoli dei traumatismi cranici si osservano negli individui che hanno evitato l'infezione, mentre quelle più gravi si hanno fra quelli che hanno subito la suppurazione. È quindi necessario utilizzare durante la guerra dei metodi di trattamento che permettono la guarigione per prima intenzione.

Fra le sequele dei traumatismi cranici, l'epilessia prende un posto preponderante in considerazione della sua frequenza e gravità. Si impone la necessità di fare delle ricerche sulla patogenesi di questa sindrome.

III QUESTIONE. — *Eziologia e profilassi dell'influenza.* — L'assenza attuale di elementi decisivi di diagnosi clinica rende particolarmente difficile la profilassi, specialmente all'inizio di manifestazioni epidemiche. Sarebbe desiderabile uno scambio di idee su tale questione, da farsi tutte le volte che ciò si rendesse opportuno.

L'influenza sembra dovuta ad un virus filtrabile, con sede specialmente nel muco rino-faringeo e nei prodotti di espettorazione. Questo virus è suscettibile, indubbiamente per il meccanismo dell'anergia, di favorire di molto lo sviluppo di numerosi germi, particolarmente di quelli che provocano le complicazioni.

La trasmissione diretta dell'influenza per mezzo dei veri seminatori di germi, che sono gli individui che tossiscono, è il modo quasi esclusivo di disseminazione della malattia. In qualche caso, è possibile che il contagio si faccia per via indiretta.

Nei corpi di truppa, lo scovare e l'isolare precocemente costituiscono la base della profilassi. È però impossibile scovare precocemente gli infetti, senza la collaborazione intima ed illuminata dei comandi di tutti i gradi. L'organizzazione di stanze di isolamento è utilissima. Fra le misure complementari, sono da citarsi l'organizzazione razionale della visita medica all'infermeria, la destinazione data subito ad ogni malato, il tener lontani fra loro i letti nelle camere, la diminuzione del lavoro quotidiano.

All'ospedale, l'isolamento individuale fatto strettamente o con mezzi improvvisati di tutti i malati che presentano delle complicazioni deve essere praticato instancabilmente. L'uso di vaccini contro le complicazioni infettive dell'influenza deve continuamente richiamare l'attenzione. Si potrà altresì proteggere la bocca, le narici e gli occhi del personale medico e di assistenza mediante adatte maschere.

IV QUESTIONE. — *Gli arsenobenzoli.* — Nessun metodo chimico permette attualmente di apprezzare con sufficiente sicurezza la tossicità relativa degli arseno- e novarsenobenzoli; è quindi raccomandabile proseguire le ricerche in questo senso.

La ricerca degli indici DM e DM_1 non deve essere considerata come una misura sufficiente di tossicità. Il Congresso esprime il voto che i diversi governi vadano d'accordo per adottare dei metodi chimici di prova e di dosamento degli arsenobenzoli.

Ogni novarsenobenzolo proposto per uso medico deve avere un contenuto in arsenico non inferiore a 19 % e non superiore a 20 %.

È raccomandabile di continuare a studiare la possibilità di apprezzare mediante mezzi fisici la tossicità relativa dei prodotti.

Il metodo di perizia tossicologica sugli animali (coniglio, sorcio, ratto) è ritenuto necessario. Si potrà inspirarsi ai metodi elaborati dalla Commissione di Igiene della Società delle Nazioni.

L'esame chimico rimane un controllo di identità e di fabbricazione.

Nei casi in cui si dovesse studiare l'azione di un arsenobenzolo sopra un'affezione sperimentale da tripanosomi, la designazione dell'azione prenderà il nome di attività tripanicida sperimentale e non di attività terapeutica. Si farà seguire tale designazione col nome della specie del flagellato studiata. È raccomandabile di servirsi del T. Brucei.

Il prossimo Congresso si terrà a Londra e tratterà le questioni seguenti: 1) L'evacuazione per l'acqua e per l'aria. Collegamento dei servizi di sanità degli eserciti di terra e di mare. (Gran Bretagna e Francia). 2) Le febbri tropicali di breve durata (Gran Bretagna e Paesi Bassi). 3) Ferite dei vasi e loro sequele (Gran Bretagna e Belgio). 4) Analisi fisica e chimica degli oggetti di vetro e di caucciù utilizzati per i servizi di sanità (Gran Bretagna e Spagna). 5) Lo stato della dentatura e l'attitudine fisica ai diversi servizi militari (Gran Bretagna e Cuba).

fil.

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta dell'8 luglio 1927.

Presidenza: prof. DIONISIO, vice-pres.

Nuove ricerche sulla allergia tubercolinica e sull'immunità tubercolare.

Dott. C. GIORDANO. — Allo scopo di studiare se sia possibile provocare artificialmente nelle cavie uno stato di allergia e di immunità per mezzo di materiale tubercolare, non infettante, ha eseguito accurate esperienze nelle cavie.

L'O. ne deduce che l'iniezione nelle cavie di bacilli umani tubercolari trattati al calore a 70° per un'ora in due giorni consecutivi nella quantità di due mmgr. di sostanza secca, provoca una allergia tubercolinica di modico grado, che compare fra i 100 giorni e gli 8 mesi dall'intervento.

Tale ipersensibilità alla tubercolina non si può attribuire al trattamento con bacilli morti perchè le esperienze hanno dimostrato che i bacilli tub. così trattati, non hanno perso completamente la loro virulenza, ma sono in grado di provocare nelle cavie lesioni specifiche, suscettibili di essere riprodotte in un successivo trapianto.

Le modificazioni delle vie biliari dopo la colecistectomia.

Dott. M. MAIRANO. — In una serie di esperienze eseguite sul cane ha praticato la colecistectomia associata o no alla asportazione del cistico.

Dal complesso delle ricerche l'O. trae le seguenti conclusioni:

Alla colecistectomia, che è bene tollerata nel cane, succede sempre una dilatazione compensatoria delle vie biliari che interessa sopratutto il coledoco ed in minor grado gli epatici in vicinanza del loro sbocco. Il cistico, quando viene conservato nell'intervento, si dilata sempre formando una cisti ampollare, che ricorda la forma della cistifellea ma che si presenta di dimensioni molto inferiori.

Lo sfintere di Oddi nei primi giorni dopo la colecistectomia si rende incontinente lasciando però defluire la bile nel duodeno: questa incontinenza dura alcuni giorni indi gradatamente diminuisce e dopo alcuni mesi essa è totalmente scomparsa in qualche animale, mentre in altri persiste soltanto in grado parziale.

Sutura del cuore per ferita di arma da taglio del ventricolo d.

Prof. F. FERRERO. — Un giovane di 23 anni portato in ospedale circa 20 minuti dopo essersi inferto un colpo di stile al sesto spazio intercostale sin. presentando anemia progressiva, acutissima, venne operato dopo circa 30 minuti dal ferimento. Praticato un lembo a cerniera interna, secondo il processo di Rotter, allargò alquanto la ferita pericardica e riescì a scoprire con la punta del dito indice una ferita della faccia anteriore del ventricolo d., che venne suturata con tre punti di catgut, posti sulla guida del dito. Drenaggio della pleura e del pericardio. Guarigione dopo un mese.

La diagnosi, non facile nè sicura, venne fatta sia perchè l'anemia acutissima non poteva essere in rapporto colla quantità di sangue versatosi all'esterno, sia perchè non vi era alcun segno di versamento di sangue nella cavità pleurica o addominale. D'altra parte i toni cardiaci erano oscuri o lontani e il polso radiale era piccolissimo e molto frequente e con tendenza a peggiorare; oltre a ciò si ebbe un forte zampillo di sangue dalla ferita allorquando si introdusse in essa lo specillo.

Pur non ritenendo possibile dare norme assolute per la scelta del metodo operatorio da seguire, ha constatato che il lembo a cerniera interna di Rotter, riescì molto bene a mettere allo scoperto la lesione.

Calcolosi dell'estremità inf. dell'uretere.

Prof. F. FERRERO. — Ha operato tre casi di calcolosi dell'estremità inferiore dell'uretere in tutta vicinanza dello sbocco in vescica, seguendo la via para-inguinale e con una incisione che in basso arrivava fino al margine esterno del m. retto ant. In due ammalate il rene è tutt'ora funzionante; nella terza ammalata, nella quale il rene era profondamente alterato, si giunse colla esplorazione digitale dell'uretere a frantumare il calcolo che scese in vescica. Si ottenne l'abolizione del tragitto fistoloso proveniente dal bacinetto renale e insieme la completa scomparsa dei fenomeni suppurativi e febbrili.

L'O. consiglia l'insufflazione di aria in vescica allo scopo di agevolare la ricerca e la mobilizzazione del calcolo.

La sutura dell'uretere si dovrà solo eseguire quando sia effettuabile, lontano dal punto in cui vi era incuneato il calcolo e quando le pareti siano del tutto normali. È necessario in ogni caso lasciare un drenaggio.

Sarcoma primitivo dello stomaco.

Prof. F. FERRERO. — Un giovane di 27 anni, quattro anni fa cadendo sul timone di un carro riportò contusione alla regione epigastrica; dopo un mese di sofferenze ebbe vomito alimentare: seguirono gastralgie e vomiti sempre più frequenti, non notò mai ematemesi, ebbe invece emissione di feci di color nerastro caffeano. È dimagrito di 15 kg.

All'esame radiologico si trovò ritardo nello svuotamento dello stomaco ed una irregolarità della piccola curvatura dello stomaco. Il p. venne operato di gastroenteroanastomosi retro-colica posteriore e subito dopo di resezione del piloro e di porzione dello stomaco.

L'esame istologico del pezzo asportato e delle ghiandole ha dimostrato trattarsi di sarcoma dello stomaco, derivato probabilmente dal reticolo delle ghiandole lenticolari dello stomaco.

Il caso presenta un certo interesse sia per la relativa rarità dei sarcomi primitivi dello stomaco sia per l'insorgenza della sintomatologia, constatata subito dopo il trauma.

Sul modo di azione dei sali di calcio sul cuore.

Dott. F. BESSONE. — Sull'uomo e su animali da esperimento ha studiato l'azione dei sali di calcio sul cuore. I sali adoperati furono il cloruro ed il bromuro di calcio, che vennero somministrati per via endovenosa in quantità variabile da 5-40 cc. di soluzione al 5-10 %. Con l'iscrizione elettrocardiografica registrava l'azione di questi sali sull'attività cardiaca a seconda che il soggetto in esame era in condizioni fisiologiche oppure era atropinizzato: nelle esperienze sugli animali fu anche reciso il vago.

Dal complesso risulta che i sali di calcio modificano l'eccitabilità e la conducibilità cardiaca e che la loro azione si esplica sia sull'animale sano sia su quello in cui il vago era stato paralizzato o reciso. Tuttavia poichè in quest'ultimo caso l'animale è meno sensibile all'azione del calcio conviene ammettere che il pneumogastrico partecipi sia pure in piccola misura al modo di azione di questo sale. Ritiene però che l'effetto principale del medicamento si esplichi sul cuore senza che si possa specificare se il calcio agisca direttamente sulla fibra miocardica o per mezzo dei gangli nervosi intracardiaci.

Dott. G. VILLATA.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Adunanza del 9 giugno 1927.

Un singolare caso di avvelenamento da unguento mercuriale.

Prof. P. M. NICCOLINI. — Trattasi di un individuo, che, allo scopo di liberarsi da una infestione di piattoni, si praticò energica e prolungata frizione con unguento antipediculare (contenente gr. 5 di Hg. in 100 gr. di pomata), su tutta la superficie corporea, eccettuata la faccia. Dopo pochissime ore fu assalito da febbre violentissima, cefalea, stomatite, parotite, prurito cutaneo, eczema, insomma tutta una coorte di sintomi attribuibili all'avvelenamento mercuriale acuto. Ciò che ha però un interesse farmacologico è il comportamento renale. Mentre nei primi giorni la diuresi era inferiore alla norma, in 8ª-10ª giornata cominciò ad aumentare fino a raggiungere un massimo di 4500 cc. perdurando per circa una ventina di giorni. La diuresi era non solo acquosa, ma altresì solida non ostante la dieta lattea, e la considerevole sottrazione di acqua per altra via in seguito a generose somministrazioni terapeutiche iperidrotiche a scopo svelenante. Non si tratta di una idiosincrasia per il mercurio, in quanto il paziente qualche anno prima aveva fatto una lunga cura mercuriale antiluetica, ma si interpreta come la espressione della azione diuretica dei mercuriali in seguito al lento assorbimento del medesimo metallo in dosi sufficienti unicamente per la stimolazione della cellula renale e non per produrre altri sintomi che spettano esclusivamente alla azione tossica del mercurio.

Pseudo-tubercoli del peritoneo da ossiuridi (con dimostrazione di preparati).

Prof. V. PUCCINELLI. — L'O. comunica un caso nel quale intervenendo per fibroma dell'utero ha trovato numerosi piccoli nodi come caseosi sulla sierosa retrouterina e pelvica. All'es. microscopico (presenta i preparati) è stato notato che nell'interno dei nodi pseudo-tubercolari esisteva un verme riconoscibile come un ossiuride per la forma e per le uova, alcune delle quali anche con embrioni. L'O. crede che, siccome l'anamnesi è stata completamente negativa per ammettere perforazioni o malattie acute intestinali, bisogna ammettere, anche per la sede della lesione, che gli ossiuridi siano giunti nel cavo peritoneale per la via della vagina, utero e tube. Ricorda come già sia stata notata altre volte la migrazione di ossiuridi nella vescica femminile, ma non ha trovato nella letteratura casi simili a quello comunicato.

Due casi di varici vescicali.

Dott. C. CONFORTO. — In un caso trattavasi di una donna cui in seguito ad un cateterismo normale si manifestò una intensa ematuria: l'esame clinico nulla deponeva, così che da principio si pensò ad una lacerazione uretrale, solo dopo del tempo furonvi riscontrate varici del collo della vescica. Altri casi simulano le ematurie da tumori maligni; in tutti e due un fatto è costante, la presenza di varici in altre superfici corporee. L'O. ritiene che per quanto siano forme assai rare meritano di essere tenute presenti nella discussione diagnostica delle ematurie.

P. M. N.

Accademia Gioenia di Scienze Naturali di Catania.

Seduta del 9 luglio 1927.

Prof. CITELLI. — Riferisce sui risultati odierni della sua *cura vaccinica dei tumori maligni umani.* Fa conoscere che dei 9 infermi di cui parlò nella sua comunicazione di due anni fa, 4 sono ancora guariti, 2 da 4 anni e 2 da 2 anni e mezzo. Il quinto caso presentò una piccola riproduzione che fu subito vinta con lo stesso metodo. La sesta inferma presenta adesso una limitata riproduzione e verrà subito curata nello stesso modo. Il settimo caso morì dopo 2 anni e mezzo dalla scomparsa del tumore probabilmente di altra malattia. Gli altri 2 vivono ancora pur avendo avuto la riproduzione che non si è potuta curare di nuovo, in una per trascuratezza dell'inferma, nell'altra per una infezione generale febbrile che non permette più la cura neoplastica.

Comunica inoltre che ha potuto curare completamente altri 3 nuovi infermi, due dei quali sono guariti e uno presenta una piccola riproduzione. Accenna infine a qualche modifica recente nella preparazione del suo vaccino neoplastico. Vennero presentati all'Accademia 5 dei suddetti infermi.

Dott. CARCÒ. — Riferisce su un caso di *epitelioma della conca e dell'antelice* operato col metodo di riduzione plastica di Citelli.

Prof. AMICO. — Riferisce sulla *cura del cancro dell'utero;* distingue anche nei riguardi della terapia il cancro del corpo dell'utero (per il quale il trattamento è puramente chirurgico) dal cancro del collo. In questo ultimo egli ha applicato con opportuni accorgimenti di tecnica la radiumterapia ottenendone risultati incoraggianti.

Prof. LONGO. — Riferisce su tre casi di *distrofia cronica della pelle a tipo epodermolisi bollosa;* giudica che le ghiandole endocrine e nel terzo caso particolarmente la gh. surrenale abbiano importanza nella patogenesi della malattia.

Dott. LANTERI. — Riferisce sul *Pyotropin* nella *cura del lupus volgare non ex-dens.* I tre casi di lupus trattati col Pyotropin e seguiti per parecchi mesi dimostrarono una certa elettività del preparato sul tessuto luposo ottenendo cicatrici di buon aspetto; però nei riguardi dei primi due casi si è avuta recidiva in situ del processo e nel terzo accenno di probabile recidiva.

A. T.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Eritrodermie insorte durante l'uso del luminal sodico.

I bromuri, i sali di boro e il luminal o i succedanei, costituiscono oggi la terapia abituale degli epilettici.

Difficile è giudicare il vero valore terapeutico di ognuno di questi farmaci, come pure avere un criterio uniforme sopra gli accidenti che si possono produrre con l'uso combinato. È evidente però che i bromuri vanno perdendo sempre più terreno a causa dei disturbi gastrici, cutanei e nervosi che producono frequentemente. Il luminal anche può dare luogo a seri inconvenienti, evitabili solo conoscendo bene la sua posologia e la tecnica di somministrazione, e per quanto il vecchio luminal sia stato sostituito, con vantaggio, dal sale sodico, più solubile e di più facile uso attraverso varie vie, tuttavia anche la prescrizione del luminal sodico, non è sempre esente da inconvenienti.

B. Rodriquez Arias (*Archiv. de Med. Cir. y Espec.*, 25 giugno 1927) a tale scopo riferisce alcuni casi di eritrodermia, insorta in malati affetti da epilessia, durante il trattamento con il luminal sodico.

Le caratteristiche cliniche di tali eritrodermie erano le comuni: arrossamento infiammatorio della cute, più o meno esteso e persistente, con desquamazione e forte reazione febbrile nei casi di generalizzazione.

Il luminal sodico, a dose terapeutica (mai furono sorpassati i 0.35 grammi) fu sempre la causa, perchè la somministrazione continuata dei sali borici non aveva mai dato luogo ad alcun accidente eritrodermico. Gli AA. hanno potuto raccogliere 8 casi, dei quali in due l'eritrodermia fu generalizzata e negli altri localizzata.

La causa di tale fenomeno non è facile a spiegarsi, forse la composizione chimica dell'agente curativo e una speciale predisposizione individuale può spiegare la natura dell'accidente, le condizioni della sua produzione e la poca sicurezza dei mezzi preventivi e terapeutici proposti.

Quello che è certo è che una volta manifestatasi l'eritrodermia, è necessario sospendere definitivamente il medicamento, per non esporre l'infermo ad un'esfoliazione cachetizzante, di peggiori conseguenze che un aggravamento, transitorio o no, dell'epilessia.

A. Pozzi.

Ittero da atofan.

D. Klinkert (*Nederlansch tijdschrift voor geneeskunde*, 22 maggio e 30 ottobre 1926) ha osservato tre casi di ittero in seguito a prolungata somministrazione di atofan. In un primo, un individuo con reumatismo poliarticolare subacuto, il paziente ricevette 15 iniezioni di atofanil e, dopo 3 giorni di riposo, tre tavolette di atofan al giorno (in tutto, 166). Si manifestarono: malessere, svogliatezza, ingrossamento del fegato (fino a 5 centimetri sotto l'arco costale), ittero, pigmenti biliari nell'urina. In un altro, pure dopo la somministrazione complessiva di 160 tavolette, si ebbero: ittero intenso, feci scolorate, urina scura con pigmenti biliari, ingrossamento del fegato, con margine liscio, un po' dolente alla pressione, cistifellea ingrossata. Venne dapprima sospettato un tumore della testa del pancreas, si ebbe poi meteorismo ed ascite; alla fine però il paziente guarì. Analoghi fenomeni si ebbero nel terzo caso.

L'atofan ha un'azione specifica sul parenchima epatico, per cui si ha aumento di eliminazione della bile; esso è dunque una sostanza capace di irritare le cellule epatiche e di fare ammalare il fegato con la prolungata somministrazione. Può quindi venire considerato come un colagogo di azione analoga a quella di alcuni diuretici a base di mercurio (novasurol, calomelano) che, se somministrati a lungo, provocano una nefrite tossica.

Esso può somministrarsi negli itteri catarrali e così pure in quelli da causa meccanica, ma non già in quelli dati da una lesione del fegato in cui la cellula epatica va risparmiata, allo stesso modo che in una nefrite acuta non si somministrano diuretici irritanti per i reni.

Non è del tutto da escludersi che nei tre casi osservati vi cooperasse una qualche causa infettiva per le determinazioni dell'ittero. Ad ogni modo, è da tenersi presente la possibilità dell'ittero ed, in conseguenza, si deve evitare la prolungata somministrazione dell'atofan e si curerà di tenere sotto osservazione i malati sottoposti a tale cura.

fil.

Nefrite emorragica mortale durante una cura bismutica.

Galliot (*Bull. Soc. Franç. dermath. et Syph.* e *Revue médicale*, 28 aprile 1927) riporta il caso di un sifilitico che aveva avuto parecchie serie di bismuto insolubile e che, alla quinta iniezione di

una nuova serie, emise urine sanguigne, senza stomatite nè febbre e morì in coma. Esso aveva avuto, sei settimane prima, l'influenza. In occasione dell'ultima iniezione l'infermiere aveva osservato emorragia dopo ritirato l'ago.

È consigliabile una tecnica rigorosa nel fare le iniezioni e, se si ha emorragia, astenersi dal farle; è inoltre necessario sorvegliare sempre le urine.

fil.

Due casi di morte da sali di bario.

W. Mc. Nally (*Journ. A. M. A.*, 13 giugno 1926) ricorda un caso di morte per somministrazione di 100 gr. (4 once) di carbonato di bario a scopo radiologico, ed un altro caso nel quale per errore il farmacista somministrò 100 gr. di solfito di bario invece di solfato. Nella letteratura sono riportati più di trenta casi di morte per sali di bario, presi accidentalmente o a scopo suicida o abortivo: nessuno per somministrazione di solfato di bario. I sali di bario, ad esclusione del solo solfato, sono potenti veleni muscolari.

La dose letale minima, pei sali molto solubili, si aggira sui 4 grammi. Una dose di 20 centigrammi è già tossica. Si tentò usare i sali di bario in sostituzione della digitale, ma furono abbandonati per la violenta irritazione intestinale che provocavano.

Il carbonato, benchè insolubile, è pericoloso, poichè l'acido cloridrico del succo gastrico ne può sciogliere una discreta quantità.

DORIA.

Sopra il significato clinico della iniezione congiuntivale come sintomo di intolleranza del salvarsan.

Nel 1921 Milian osservò che durante il trattamento con neo-salvarsan in qualche caso si osservava un arrossamento congiuntivale che poteva arrivare sino alla vera e propria infiammazione.

Szazzdiez S. (*Wien. klin. Woch.*, n. 26, 1926) riporta il caso di un individuo nel quale dopo 15 minuti da una iniezione di neosalvarsan si è manifestato un arrossamento nella congiuntiva bulbare e palpebrale di un occhio. Nello stesso individuo dopo otto settimane, ancora ad una iniezione di neosalvarsan seguirono dolori articolari che si mantennero per tutta la durata del trattamento.

La iniezione congiuntivale sarebbe da considerare come un eritema nel senso di Nägeli, identico alle forme di congiuntivite arsenicale che Milian da descritto come sintomo di intolleranza di neosalvarsan.

PALLADINI.

Influenza del chinino sul ricambio dei diabetici.

Da esperienze di A. Löw e R. Pfeiler (*Wiener klin. Wochens.*, 1927, n. 16) risulta che l'idroclorato di chinino produce un abbassamento dello zucchero nel sangue ed una diminuzione più o meno accentuata dei corpi acetonici eliminati con l'urina.

L'azione del chinino, in questo senso, è quindi da ritenersi analoga a quella dell'insulina, senza che vi sia qualsiasi rapporto chimico fra le due sostanze. Tenuto conto delle recenti ricerche sulla sintalina, è opportuno intensificare lo studio sull'azione delle diverse sostanze chimiche sulla glicemia.

fil.

La dionina in oftalmologia.

Può utilizzarsi la sua azione analgesica, tenendo presente che essa non ha nessuna azione nociva sull'occhio.

Si usa: per iniezioni sottocongiuntivali, in polvere introdotta nel cul di sacco congiuntivale, come instillazioni. Il primo modo si usa raramente e sembra essere poco vantaggioso; la dose è di 15 % 20 mg. per iniezione.

Per il secondo modo, si mette un cristallino di dionina nel cul di sacco congiuntivale; l'azione è rapida, ma questo metodo può dare forti reazioni; la dose è di 1-2 cg.

Migliore è invece l'uso come collirio: 10 cg. di dionina in 10 cmc. di acqua distillata; due gocce a qualche minuto d'intervallo alla sera al momento di andare a letto.

Darier (*Journ. de méd. de Paris*, 27 dic. 1926) consiglia: Dionina cg. 10; Cocaina cg. 10; Cloruro di sodio cg. 10; Soluzione di cianuro di mercurio a 1/500 cmc. 10. Due gocce mattina e sera.

Nelle cheratiti ed iriti, si darà: Cocaina, Dionina, ana cg. 10; Atropina cg. cinque; Acqua cmc. 10. Due gocce mattina e sera.

Nei casi di ipertensione da glaucoma: Dionina cg. 10; Pilocarpina cg. 20; Acqua cmc. 10. Due gocce, 2-4 volte al giorno.

Oppure: Dionina cg. 10; Salicilato di eserina cg. 5; Acqua cmc. 10. Due gocce mattina e sera.

fil.

IGIENE.

La profilassi della blenorragia nella donna.

L. Boulanger osserva che la blenorragia è in continuo aumento (*Journ. des Praticiens*, 8 genn 1927) e basa le sue osservazioni sulla statistica dell'Ospedale di Urologia di Parigi, in cui la proporzione delle uretriti da gonococco nell'uomo è

aumentata da 16 % nel 1914 al 20 % nel 1924. Per la donna è impossibile qualsiasi statistica seria ma, evidentemente, l'aumento per l'uomo significa anche l'aumento per essa. È certo che la blenorragia è estremamente frequente nella donna, sebbene molto spesso non sia riconosciuta e nemmeno sospettata.

Ora la profilassi della blenorragia nell'uomo è relativamente facile, mentre è quasi impossibile proteggere le undici porte d'ingresso che il gonococco ha nei genitali femminili e cioè: gli orifici delle due ghiandole del Bartolini, dell'uretra, dei quattro condotti sopra-uretrali di Skène, del collo dell'utero, del corpo dell'utero e delle due trombe.

Praticamente la profilassi individuale non esiste per la donna, mentre sarebbe tanto necessario proteggerla contro questa infezione che, per essa ancor più che per l'uomo, è sorgente di gravi malattie.

La profilassi deve dunque essere indiretta e deve esercitarsi sull'uomo. Evitando la contaminazione della donna da parte di quest'ultimo si arriverà alla sola profilassi razionale. A tale scopo si deve soprattutto istruire l'uomo a curarsi bene della blenorragia; sono appunto gli scoli cronici e discreti nell'uomo e le blenorragie insospettate della donna che mantengono il circolo vizioso. Tutta la soluzione del problema della blenorragia femminile è basata sull'impedimento della contaminazione della donna da parte dell'uomo.

fil.

VARIA.

Le cause che ritardano la marcia bipede del bambino.

La marcia bipede, senza aiuto e senza appoggio non è possibile che quando l'apparecchio locomotore ed i centri nervosi sono sufficientemente sviluppati. Tale sviluppo è comandato da diversi fattori che Variot (*Soc. méd. des Hôpitaux*, marzo 1927) ha studiato in base ad una statistica di 490 casi. Essi sono:

1) *Eredità.* — Vi sono delle famiglie in cui si cammina presto, altre in cui si cammina tardi.

2) *Età.* — Il 67 % dei bambini cammina da solo fra gli 11 ed i 14 mesi; rari sono quelli che camminano a 9 mesi.

3) *Peso alla nascita.* — I bambini del peso di kg. 3 a 3,500 camminano fra gli 11 ed i 14 mesi; quelli più grossi camminano più presto; quelli più leggeri (fra 2 e 3 kg.) invece più tardi ed ancor più quelli che pesano meno di 2 kg.

4) *Peso acquisito.* — Esercita poca influenza.

5) *Statura.* — Ha poca influenza, poichè lo sviluppo scheletrico non è parallelo a quello del sistema nervoso.

6) *Modo di alimentazione.* — I bambini nutriti esclusivamente al seno camminano più presto; i risultati dell'allattamento misto e di quello artificiale non differiscono che di poco in favore del primo.

7) *Dentizione.* — Il 67 % dei bambini incomincia a camminare da solo quando hanno 4-8 denti.

8) *Sesso.* — Leggera differenza in favore delle bambine.

9) *Fattori morbosi.* — Le eredità morbose (tubercolosi, sifilide, alcoolismo) le malattie congenite od acquisite del sistema nervoso, e del sistema osseo ritardano il cammino. Poca influenza ha il rachitismo; in quello florido, si ha ritardo in un caso su tre; in quello atrofico il cammino è tardivo e non è corretto che a 2-3 anni.

fil.

Influenza della malaria sullo sviluppo fisico.

La questione dell'influenza della malaria sullo sviluppo è assai controversa. Negro Francesco (*Riforma Medica*, n. 21, 1927) ha preso in esame oltre mille bimbi delle scuole del comune di Grosseto in zona nettamente malarica ed ha fatto su tutti un accurato studio del peso e dell'altezza. Egli considera come malarici solo i bimbi infetti da almeno un anno, potendosi, giustamente, ritenere che almeno questo periodo di morbosità sia necessario e sufficiente per notare l'influenza dell'infezione malarica sullo sviluppo.

Il numero complessivo dei malarici su 1044 bimbi studiati era di 338 e cioè 161 maschi e 177 femmine. L'A. cita i dati anno per anno dal 1919 al 1923 inclusi. Per es. per il 1919 abbiamo: il peso medio dei maschi non malarici fu di kgr. 21,683; nei malarici, kgr. 20,333. L'altezza media nei maschi non malarici fu m. 1.136 e nei malarici m. 1.115. Per le femmine si ebbe come peso medio nelle non malariche kgr. 20,436 e nelle malariche 21,185. Come altezza media nelle non malariche m. 1.105 e nelle malariche 1.136. Seguono minuti dati per tutti gli altri anni, e dall'insieme delle ricerche l'A. conclude che egli nel complesso crede di poter affermare che l'infezione malarica esercita un'azione ben poco spiccata nei riguardi del normale sviluppo.

TONELLI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Laboratori provinciali e comunali di igiene e profilassi.

Il Ministero dell'Interno — Direzione Generale di Sanità pubblica — ha indirizzato ai Signori Prefetti del Regno la seguente circolare:

L'art. 23 del Regolamento per i laboratori provinciali e comunali di igiene e di profilassi, approvato col R. Decreto 16 gennaio 1927, n. 155, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 22 febbraio detto anno, demanda ad apposite istruzioni, che debbono essere impartite dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica di questo Ministero, la specificazione della suppellettile tecnica della quale debbono essere costantemente provvisti i laboratori di igiene e di profilassi e le loro sezioni distaccate.

In conformità delle disposizioni del citato articolo si sono predisposti gli uniti elenchi nei quali vengono indicati singolarmente gli apparecchi, ed in genere la suppellettile tecnica, ivi compreso anche il mobilio di cui debbono essere necessariamente forniti i laboratori anzidetti.

Tali elenchi che, nel loro complesso, sono anche preordinati al fine di far conoscere quale deve essere, in atto, la attrezzatura « tipo » dei laboratori in parola, dovranno essere subito comunicati alle Amministrazioni provinciali e comunali interessate, perchè ne abbiano norma nei provvedimenti che dovranno, ora, adottare a sensi degli articoli 5 e 6 del Regio decreto 30 dicembre 1923, n. 2889.

Per quanto si attiene alla scelta dei locali dei laboratori stessi, la cui idoneità deve essere preventivamente accertata dal medico provinciale, a sensi dell'art. 22 del Regolamento anzidetto, si reputa opportuno di richiamare la personale attenzione delle SS. LL. sulla necessità, specialmente ove trattasi di nuovo impianto, che il numero degli ambienti sia proporzionato alle esigenze del servizio, per non menomare, in modo assoluto, la capacità funzionale dei laboratori stessi destinati a qualsiasi ricerca di controllo chimico o batteriologico interessante l'igiene e la profilassi delle malattie diffusive e sociali.

Detti ambienti, poi, dovranno essere convenientemente illuminati ed areati, ed ubicati in località possibilmente quieta, con abbondante provvista di acqua potabile, con condotti per lo scarico delle acque immonde, con spigoli a sagoma curva e con tiraggi per la eliminazione dei gas e dei vapori che vi si svolgono. Inoltre, almeno uno dei detti ambienti, dovrà essere adatto per la conservazione e l'uso degli strumenti di precisione.

È superfluo avvertire che il Ministero annette la maggiore importanza all'esatta ed integrale applicazione delle disposizioni impartite con la presente circolare, e confida nella oculata e vigile azione delle SS. LL. perchè possa essere assicurato il regolare funzionamento di questo importante ramo di servizio.

Alla circolare sono uniti gli elenchi dell'arredamento e dei presidî per i laboratori suddetti.

Denuncia delle cause di morte.

Il Ministero dell'Interno comunica ai sigg. Prefetti:

L'Istituto Centrale di Statistica che presiede, tra l'altro, al rilevamento dei dati demografici della popolazione, ha potuto rilevare, attraverso l'esame delle « schede nominative » redatte per ogni persona defunta, che ad esso pervengono direttamente dai Comuni, che non sempre, dalle dette schede, può desumersi in modo preciso la malattia, che ha determinato il decesso.

Si è osservato che spesso la indicazione della causa di morte, anzichè riferirsi al processo morboso fondamentale, si limita ad indicare qualche sintomo (ad esempio convulsioni) oppure la causa ultima (paralisi cardiaca, emottisi, emorragia, ecc.).

Questa scarsa importanza che talora viene data dai medici curanti e da quelli addetti al servizio necroscopico, alla denuncia delle cause di morte, altera e non rende esatta e completa la conoscenza del fenomeno della mortalità; conoscenza questa indispensabile, oltre che per i fini puramente statistici, anche per concretare i provvedimenti di ordine sanitario e sociale, e per indirizzare le provvidenze statali all'alta finalità della tutela della pubblica salute.

Ad eliminare l'inconveniente lamentato, ritiensi necessario che le SS. LL. richiamino i sanitari tutti alla completa valutazione dei fini della « scheda » contenente il certificato di morte e della responsabilità che essi assumono con la enunciazione delle cause di morte.

Ed affinchè gli Ufficiali sanitari possano essere in grado di controllare tale servizio, oltre ad assicurare la maggiore diligenza possibile nell'accertamento della causa di morte da parte dei medici necroscopi, si appalesa necessario sia subito disposto dalle SS. LL. che l'Ufficio dello Stato Civile comunichi all'Ufficiale Sanitario o ad un Sanitario da questo delegato, le « schede nominative di morte » per un preventivo esame.

Questo Ministero si rende conto delle difficoltà di organizzare un efficace controllo — perchè la indicazione delle cause di morte è rimessa alla scienza e coscienza del Medico dichiarante — ma d'altra parte, confida nella valida collaborazione dei Sanitari tutti e nelle sollecitudini degli Uffici Sanitari Provinciali e Comunali, affinchè le statistiche delle cause di morte, di tanto interesse per la Sanità Pubblica, possano, con ogni maggiore esattezza, rispecchiare lo stato sanitario del Paese. E le SS. LL. vogliano, in ogni caso, provvedere acciò a qualsiasi eventuale inadem-

pienza, in questa delicata materia, sia posto senz'altro immediato riparo.

Per ottemperare praticamente a quanto richiede il Ministero dell'Interno credo opportuno disporre quanto segue:

Gli Ufficiali dello Stato Civile trasmetteranno tutte le « schede nominative di morte » all'Ufficiale Sanitario del Comune, il quale esaminerà dette schede allo scopo di accertare se esse corrispondano pienamente alle prescrizioni della indicazione precisa del « processo morboso » fondamentale causa della morte, promuovendo in caso contrario le opportune rettificazioni.

È evidente che, nei Comuni nei quali l'unico Sanitario residente è anche Ufficiale Sanitario, deve egli stesso curare la esatta compilazione della scheda.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARZANA (*Nuoro*). — A tutto 30 ag.; tassa L. 50; serv. entro 15 gg.; L. 9000 per 1000 pov., addizion. L. 5; per uff. san. L. 500; indenn. c.-v. in L. 1400 soggetta a riduzioni.

BARI. — Ispettore sanitario, due posti; titoli ed esami; L. 13,700 aument. a 16,000 dopo 12 anni di serv.; L. 3500 serv. att.; c.-v.

Due condotte; titoli ed esami; L. 9500 aument. a 11,600 dopo 10 anni di serv.; L. 2100 serv. att.; c.-v.

Per i quattro concorsi: scad. 15 sett.; esami a 45 giorni dalla scad. Rivolgersi Segreteria Generale del Comune.

BARI. *R. Prefettura*. — Uff. san. di Monopoli; ab. 25,195; L. 14,000 aumentabili a 16,800 per effetto di 2 quadrienni; divieto libero eserc. tranne consulenze, obbligo eventuali funzioni med. di porto; titoli ed esami; età lim. 45 a.; docum. usuali. Scad. ore 14 del 31 agosto. Chiedere annunzio alla R. Prefettura.

BRIENZA (*Potenza*). — Scad. 30 sett.; L. 6000 (*sic*), oltre L. 1000 se uff. san.; 6 quadrienni dodicesimo.

CALCIO (*Bergamo*). — Scad. 30 ag.; v. fasc. 32.

CARRARA. *Congregazione di Carità*. — Medico primario e chirurgo primario del Civ. Ospedale; al 31 ag.; v. fasc. 29.

CASTELVETRO (*Modena*). — Scad. 30 ag.; 2° reparto; L. 8500, oltre L. 2500 trasp. (cavallo, automob. o motocicl.).

CASTIGLIONE DEI GENOVESI (*Salerno*). — Scad. 23 sett.; L. 7000 e 4 quadr. dec., addizion. L. 5 per iscritti oltre il quinto della popolaz.; L. 500 se uff. san. Tassa L. 50.15.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilim. Riuniti*. — Aiuto medico; titoli ed esami; L. 7050 e c.-v.; età lim. 35 a.; 4 a. di laurea (o assistenti da un biennio o scaduti da non oltre un quadriennio); tassa L. 50; scad. ore 16 del 5 sett.; serv. entro 15 gg.; nom. e conferma biennali.

GROSSETO. — Per Batignano; scad. ore 17 del 31 ag.; tassa L. 50 alla Tesoreria com.; L. 10,000 e 5 quadr. dec. oltre L. 1000 indenn. complem. e c.-v.

MILANO. *Istituti Ospedalieri*. — Dirigente l'Ambulatorio Comunale curativo antituberc. per bambini delle scuole e per i poveri; L. 6000; 3 ore di serv. giornal. escluse le domeniche; aumenti; non diritto a stabilità. Scad. ore 16 del 31 agosto. Tassa L. 50. Età mass. 40 a. Serv. entro 15 gg. Rivolgersi Protocollo (via Ospedale 5).

MONTAGGIO (*Genova*). — Scad. 1° sett.; L. 9600 e 10 bienni, oltre L. 500 uff. san., L. 300 bicicl.

MONTICHIARI (*Brescia*). — 1° reparto; ab. 3500; iscritti 700; L. 9000 e 6 quinq. dec.; L. 3000 carrozza o automob.; L. 300 Spedale; c.-v.; L. 10 per ogni visita necroscopica di agiati; assicur. Scad. 30 sett. Tassa L. 50. Verrà tenuto conto spec. dei docum. di chirurgia. Certificati a 3 mesi.

MOSCIANO S. ANGELO (*Teramo*). — Scad. 31 ag.; vedi fasc. 32.

NOVARA. — Per Lumellogno; L. 8000 per 400 pov.; 10 bienni ventes.; c.-v.; L. 3500 trasp.; L. 150 ambul.; L. 150 arm. far.; addizionale L. 1000 ogni 500 poveri o frazione oltre i 400; scad. 25 ag.; età lim. 35 (40) a.; tassa L. 50 alla Tesoreria Com. (Banca Popolare di Novara); servizio non oltre il 1° genn.

PORDENONE (*Udine*). *Ospedale Civile*. — Primario di chirurgia; L. 5000, c.-v., 4 quadrienni, percentuale introiti operazioni; tassa L. 50. Scad. 31 ag.

PRECI (*Perugia*). — Scad. 31 ag.; L. 9000 e 3 quinq. dec., L. 2100 serv. attivo, L. 4000 cavalc., c.-v. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.

ROCCA PIA (*Aquila*). — Scad. 31 ag.; L. 10,500 e quinquenni, oltre L. 500 uff. san., L. 200 arm. farm.; alloggio gratuito.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti*. — 11 assistenti; docum. alla Segreteria generale entro le ore 16 del 31 ag.; età lim. 30 a.; tassa L. 50; chiedere annunzio. Stip. L. 4500 (*sic*) e c.-v.

SASSARI. *R. Prefettura*. — A tutto il 15 sett.; uff. sanit. di La Maddalena; v. fasc. 32.

Scad. 15 sett.; uff. san. per Pattada; tassa L. 50.20 (cartol.-v. intestata al Prefetto); domande e documenti all'Ufficio sanitario.

SCORDIA (*Catania*). — Al 31 ag.; L. 8000 e 4 quinquenni.

SENOSECCHIA (*Trieste*). — Al 15 sett.; v. fasc. 32.

SORANO (*Grosseto*). — 3ª Cond.; L. 10,500 e quadrienni dec.; assegno temporaneo L. 800 coniuga-

ti, L. 300 celibi; L. 1000 cavalcat. (senza obbligo di tenere il cavallo). Scad. 20 sett.

TORRICE (*Frosinone*). — 2ª condotta; L. 9500; ab. 6000 c.; 6 km. dal capol.; ospedale; farmacia. Stato di fam. Scad. 15 sett. Tassa L. 50.15. Docum. non anteriori al 1° ag. Chiedere annunzio.

UMBERTIDE (*Perugia*). — Scad. 31 agosto; vedi fasc. 32.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario; scad. 10 sett.; vedi fasc. 32.

VITTORIA (*Ragusa*). — A tutto 31 ag.; per Scoglitti; L. 11,000 e 4 quadrienni dec.; tassa L. 50.

CONCORSI A PREMIO.

R. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti.

Premio di Fondazione Balbi-Valier di L. 6000 all'italiano « che avrà fatto progredire nel biennio 1925-1926 le scienze mediche e chirurgiche, sia colla invenzione di qualche istrumento o di qualche ritrovato, che valga a lenire le umane sofferenze, sia pubblicando qualche opera di sommo pregio ». Il premio è per concorso. Non può essere conferito ai membri del R. Istituto Veneto. Scadenza 31 dicembre 1927.

Premi di Fondazione Angelo Minich. — Concorso pel triennio 1925-1927 sul tema. « Influenza delle glandole endocrine nell'evoluzione dei tumori sperimentali ». Il premio è di L. 9000. Scadenza 31 dicembre 1927.

Concorso pel triennio 1924-1926 sul tema: « Contributo nel campo della chirurgia del sistema nervoso ». Il premio è di L. 20,000. Scad. 31 dicembre 1929.

A questi due concorsi non possono partecipare che italiani, e vi sono ammessi pure i soci corrispondenti del R. Istituto.

BORSE DI STUDIO.

Borsa di studio « A. Piperno ».

È aperto il concorso alla borsa di studio « A. Piperno » di L. 20,000 destinata ad aiutare un giovane medico di condizioni economiche disagiate, che intenda seguire il corso biennale 1927-28 di specializzazione in odontoiatria e protesi dentaria presso la R. Scuola di Milano.

I concorrenti debbono essere cittadini italiani di condizione economica disagiata, non residenti a Milano, laureati in medicina e chirurgia da non oltre due anni. Devono aver riportato negli esami universitari una media non inferiore ai 24 trentesimi. Devono impegnarsi di non esercitare la specialità se non a diploma di specialista conseguito. Se non hanno ancora sostenuto l'esame di Stato, per l'abilitazione all'esercizio della medicina, devono superarlo entro il biennio prima di dare l'esame di specialista.

Documenti del concorso e titoli assieme alla domanda in carta semplice, al Presidente della Federazione Stomatologica Italiana dott. Spiro Di Mento ,via D'Azeglio 34, Bologna, non più tardi del 30 settembre p. v.

La Commissione aggiudicatrice, a parità di condizioni, terrà conto della tesi di laurea in tema di stomatologia, dei servizi militari di guerra e di eventuali titoli e meriti speciali dei concorrenti.

L'importo della borsa verrà corrisposto in rate bimestrali anticipate, detratte le tasse della scuola.

La seconda annualità verrà corrisposta soltanto se l'allievo abbia tenuto buona condotta, abbia superato gli esami finali di profitto del primo anno e si sia inscritto al secondo.

Qualora la Borsa per qualsiasi motivo non venisse aggiudicata, il concorso sarà rimandato all'anno successivo.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. G. v. Bergmann, ora a Francoforte, è stato chiamato alla direzione della Clinica medica di Berlino, lasciata vacante dal ritiro del prof. Friedrich Kraus. Quale successore di v. Bergmann è stato chiamato da Halle a. S. il prof. Franz Volhard.

La dottoressa Maria Teresa de Gandino, di origine italiana, ha vinto per concorso la cattedra di clinica ostetrica presso l'Università di Buenos Aires, inaugurando così la serie delle professoresse universitarie dell'Argentina.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Venezia.

Onoranze al prof. G. Velo.

Il 13 luglio all'Ospedale civile di Venezia vennero dal Consiglio d'amministrazione e dai Sanitari dell'Ospedale e della città rese solenni onoranze al chirurgo prof. Giovanni Velo che per ragioni di salute e di età aveva rassegnate le dimissioni dal posto di primario che occupava da oltre un trentennio con grande competenza e valore dopo essere stato per sei anni aiuto alla Clinica di Padova diretta dall'illustre prof. Edoardo Bassini.

Primo a porgergli il saluto fu il presidente dell'Ospedale dott. Spandri manifestando il rammarico dell'Istituto e della città per la decisione presa dal prof. Velo di ritirarsi da quella divisione chirurgica che con l'opera e con l'ingegno aveva illustrato. Seguì il prof. Giordano per fare al collega ed amico l'augurio che dalla vita della campagna possa trarre giovamento alla sua salute e godere lungamente e bene del meritato riposo. Il dott. Peppi porse il saluto a nome degli assistenti.

Per ultimo il prof. Velo con viva commozione ringraziò tutti della dimostrazione di affetto e di stima tributatagli.

Gli venne fatto omaggio di un elegante vassoio d'argento offerto dalla Amministrazione ospedaliera e di un ricco vaso d'argento dono del Corpo Sanitario dell'Ospedale. A. D.

NOTIZIE DIVERSE.

La Scuola Superiore di Malariologia.

La scuola funziona in piena efficienza.

Alle due sezioni sono iscritti 88 allievi e molti altri ne avrebbe raccolti se per le esigenze dell'insegnamento non fossero state chiuse le iscrizioni pochi giorni dopo l'inizio dei corsi.

Degli 88 allievi, 58 appartengono alla sezione medica, 30 alla sezione economica, cioè degli ingegneri ed agrari. Diciotto allievi esteri, dei quali 7 argentini, 5 columbiani, 3 venezuelani, 3 persiani, attestano con quanto interesse anche le lontane nazioni seguano gli atti del nostro Governo.

La grande affluenza di allievi alla Scuola Superiore di Malariologia comprova nel modo più chiaro l'interessamento che ha destato, e l'azione, che effettivamente già svolge, il nuovo Istituto.

I corsi delle lezioni teoriche sono assiduamente frequentati e si svolgono secondo i programmi prestabiliti: docenti e discenti mettono ogni impegno ad insegnare e ad apprendere.

Le escursioni nell'Agro Romano e nelle Paludi Pontine hanno suscitato il massimo interesse. Ogni allievo ha potuto constatare con quanta perspicacia e con quanta tenacia si lotti contro gli elementi avversi e contro la malaria che insidia la vita dei lavoratori.

I dirigenti dei Consorzi delle bonifiche di Piscinara e delle Paludi Pontine hanno concesso tutto il loro interessamento e la migliore ospitalità agli allievi della Scuola.

Non meno istruttive furono le visite, sotto la sagace guida del dott. Escalar, ad alcune scuole e ad alcune delle 50 stazioni sanitarie dell'Agro Romano che l'ufficio di Igiene del Governatorato di Roma, diretto dal prof. Pecori, ha dislocato nei dintorni della Capitale ed ha munite di ogni mezzo per fare, con solida e armonica direttiva, una proficua lotta antimalarica. La Scuola di Malariologia di Nettuno ha pure ospitato per due giorni gli allievi che dall'illustre prof. Gosio hanno potuto apprendere l'organizzazione fatta dalla direzione generale della Sanità Pubblica, per la lotta contro la malaria e i metodi e le opere più efficaci nella piccola bonifica.

In queste escursioni, completate da visite ai posti sanitari della Croce Rossa Italiana, all'Asilo antimalarico Marchiafava ecc., gli allievi si sono perfettamente resi edotti dell'organizzazione e dell'attività che quotidianamente svolge, sotto le direttive del Governo Nazionale, la nuova Italia.

Mentre l'insegnamento teorico e pratico prosegue, si stanno preparando interessantissime escursioni in Calabria e nell'Alta Italia per completare il vasto programma di insegnamento.

L'Istituto biologico argentino.

Il 9 agosto sono stati solennemente inaugurati i nuovi locali dell'Istituto biologico argentino, a Buenos Aires.

Si tratta di un imponente edifizio a undici piani, che sorge nella centralissima piazza del Congresso. Alla cerimonia assistevano il ministro degli interni dott. Tamborini, l'ambasciatore e il console d'Italia, il rettore dell'Università, il sen. Lustig di Firenze, il prof. Herlitzka di Torino e una densa schiera di altre personalità. Parlarono il prof. Marotta, il ministro, l'ambasciatore d'Italia conte Franklin.

L'Istituto biologico argentino è opera italiana, sorto per la tenace volontà del prof. Silvio Dessy; il personale direttivo ne è quasi tutto italiano. L'Istituto, per merito del Dessy, si è efficacemente adoperato a intensificare i rapporti colturali e scientifici tra l'Italia e l'Argentina; a titolo di esempio, ha fondato delle borse di studio, al nome del Lustig, per medici argentini che intendano perfezionarsi in Italia. Nel campo politico l'Istituto ha contribuito a tutte le opere benefiche cui è associato il nome d'Italia.

I laboratorî dell'Istituto, destinati alla fabbricazione di sieri, vaccini, prodotti opoterapici, si trovano a Florencio Nerela, ad un'ora di treno dalla capitale. Sono grandiosi: contano centinaia d'impiegati, molti edifizi e abbondantissimo materiale animale. Può affermarsi che l'Istituto biologico argentino è senza rivali al mondo, per grandiosità e ricchezza.

L'Istituto pubblica anche un'importante rivista.

*
* *

Il giorno successivo all'inaugurazione del nuovo edifizio, il prof. Herlitzka ha inaugurato il salone delle conferenze.

Congresso nazionale di medicina interna.

Il Congresso di Medicina Interna contemporaneo al Congresso di Chirurgia avrà sede nella grande aula del nuovo Istituto di Anatomia Umana presso il nuovo Grande Ospedale Maggiore. Quest'anno per accordi presi dall'on. prof. Gabbi, coi Direttori Generali di Sanità del R. Esercito, della R. Marina e dell'Ufficio Sanitario Aeronautico e della Scuola Coloniale della R. Università di Bologna, sentito il parere del presidente della Società sen. Maragliano e del segretario gen. prof. Ascoli, vi sarà anche una Sezione di Medicina militare e coloniale che terrà le sue sedute nell'anfiteatro di Clinica Medica (Grande Ospedale Maggiore). È già preannunziata una conferenza sopra un tema di grande interesse: « L'aviazione sanitaria in Italia ».

I temi del Congresso di Medicina Interna sono: 1) « Malattie di crescenza »: relatore, prof. N. Pende; 2) « La stitichezza abituale » (in comune colla Società Italiana di Chirurgia): relatore della parte medica, prof. Francesco Schiassi (Ravenna); 3) « Le diatesi emorragiche », rivista: relatore, prof. Giovanni di Guglielmo.

L'inaugurazione del Congresso avverrà al mattino del giorno 18 ottobre nell'aula Magna della R. Università. Qui sarà anche tenuta la relazione in comune colla Società di Chirurgia

Tanto i soci come coloro che intendono partecipare al Congresso, sono vivamente pregati di scrivere al segretario del Comitato prof. Ponti-

caccia Luigi (Clinica Medica - Ospedale Maggiore - Parma) assicurando del loro intervento ed inviando la tassa di iscrizione al Congresso in lire quaranta.

A Parma non sono numerosi gli alberghi e sarà necessario ricorrere agli alloggi privati od agli alberghi della celebre stazione di Salsomaggiore, è perciò necessario che tutti coloro che intendono di partecipare al Congresso per la Medicina, mandino la loro adesione al segretario prof. Ponticaccia non più tardi del 30 agosto.

Tra breve sarà data notizia delle facilitazioni ferroviarie e delle feste che i Comitati Ordinatori dei vari Congressi d'accordo colle autorità locali avranno stabilito.

Congresso nazionale di chirurgia.

Il Congresso della Società Italiana di Chirurgia avrà luogo quest'anno a Parma contemporaneamente a quello della Società di Medicina Interna nei giorni 18-19-20 e 21 ottobre, sotto la presidenza del prof. A. Ferrari, direttore di quella Clinica chirurgica.

I temi di relazione sono: « La valutazione della resistenza dell'operando e i mezzi per diminuire il rischio operatorio »: relatori i proff. Fasiani (Padova), Torraca (Modena); e « La stitichezza abituale »: relatore il prof. Spangaro (Verona): questo tema è comune colla Società di Medicina.

Nei giorni 21 e 22 ottobre avrà pure luogo in Parma il Congresso della Società Italiana di Urologia, sotto la presidenza del prof. Alessandri. Tema di relazione è « Tecnica, indicazioni e limiti della cistografia »: relatore il dott. Viget di Milano.

Esposizione sanitaria di Parma.

Parma sarà dal 18 al 24 ottobre sede di cinque Congressi: Medicina, Chirurgia, Otorinolaringoiatria, Urologia e Medicina del Lavoro. Il giorno 17 i membri del Congresso internazionale di Idrologia medica saranno a Parma per visitarvi il nuovo grande Ospedale e gli Istituti Universitari.

In apposite sale vicine all'aula dove si terranno i Congressi, verrà allestita una Esposizione di libri, strumenti per esami clinici, chimica, microscopia e batteriologia clinica, specialità medicinali, acque minerali, fotografie di stazioni termali, di luoghi di cura, ecc. Vi sarà una sezione speciale di Medicina militare e coloniale e accanto all'anfiteatro della Clinica Medica dove sarà tenuta, delle stanze disponibili per strumenti, apparecchi di psico-fisiologia, modelli di aero-ambulanze, ecc.

Per informazioni rivolgersi al prof. Umberto Gabbi, direttore della R. Clinica Medica, presidente del Comitato, o al segretario del Congresso di medicina interna prof. Luigi Ponticaccia, R. Clinica medica (Ospedale Maggiore), Parma.

Associazione Medica Italiana di idrologia, climatologia e terapia fisica.

Nei giorni 10-11 settembre avrà luogo al Lido di Venezia la prima riunione della Sezione talassoterapica dell'Associazione medica italiana di idrologia, climatologia e terapia fisica.

Tutti i medici che si occupano di cure climatico-marine sono invitati a questo importante convegno nel quale si tratteranno questioni del massimo interesse.

Nei giorni 13-14 saranno tenute letture su questioni talassoterapiche da dotti cultori della materia.

La Compagnia Italiana Grandi Alberghi concederà ai sigg. congressisti speciali facilitazioni. Ribassi ferroviari.

Si prega di inviare l'iscrizione con sollecitudine al prof. Giulio Ceresole, Ospedale Civile, Venezia.

Convegno idrologico.

Sotto la presidenza dell'on. Gabbi, presidente della Società idrologica internazionale, e con l'intervento di numerose personalità italiane e straniere, ha avuto luogo a Bagni di San Giuliano, il 6 agosto, lo svolgimento del convegno idrologico nazionale.

Con l'occasione è stato festeggiato l'80° compleanno del prof. Domenico Barduzzi, decano degli studiosi di idrologia in Italia e pioniere della moderna crenoterapia e della storia della medicina. Avevano inviato le loro adesioni il Ministro della pubblica istruzione, on. Fedele, vari Sottosegretari di Stato, rettori e professori nonchè i rappresentanti delle Ambasciate di Germania, Inghilterra e delle Università di Parigi, Varsavia, Cambridge e Copenaghen.

Sono stati pronunziati vari discorsi illustranti l'attività del prof. Barduzzi al quale sono state offerte due medaglie d'oro ed una artistica pergamena.

È stato infine inviato un telegramma di omaggio all'on. Mussolini.

Congresso Internazionale di Navigazione Aerea — Sezione Medica.

Tutti i signori medici che desiderano prender parte attiva alla Sezione Medica del IV Congresso Internazionale di Navigazione Aerea, che avrà luogo in Roma dal 24 al 30 settembre potranno rivolgersi: per l'Italia direttamente alla segreteria generale del Congresso in Roma, via della Mercede 9, maggiore Pier Francesco Bittossi; per l'Estero alla rispettiva Ambasciata o Legazione.

Si nutre fiducia che il concorso di tutti gli studiosi di discipline inerenti ai problemi della psico-fisiologia dell'uomo in volo ed a quelli di assistenza e vigilanza al personale navigante, sarà rispondente alla importanza che sempre più va acquistando questa branca della medicina.

Le comunicazioni dovranno essere inviate alla Segreteria generale entro il 15 settembre.

IV Congresso internazionale di Limnologia.

Si adunerà, sotto l'alto patronato del Re, a Roma, Napoli, Milano e Perugia dal 18 settembre al 3 ottobre; sono organizzate numerose escursioni; vi sarà annessa una Mostra.

Tra le comunicazioni annunziate molte interessano la biologia ed alcune l'igiene (tecnica per

lo studio e l'allevamento delle larve di anofeli, parassiti dei pesci lacustri, ecc.).

La segreteria ha sede presso il R. Laboratorio Centrale di Idrologia, piazza Borghese 91, Roma (9).

La lotta antimalarica della Croce Rossa in Sardegna.

La Croce Rossa Italiana, perseguendo l'opera sua nobilissima nella lotta antimalarica, ha mandato in questi giorni una speciale missione sanitaria nelle campagne di Nuoro. La Missione, che, sottoposta alle dipendenze del Commissario per la Sardegna, Col. Marchiafava, è diretta dal Cap. Medico Bonfigli ed è formata da due medici, una assistente sanitaria e quattro infermieri, oltre ad un automezzo e a una larga dotazione di medicinali, medicature ed altri mezzi di assistenza.

Le autorità e la popolazione hanno ricevuto con fede ed entusiasmo la provvidenziale missione della Croce Rossa Italiana, ben comprendendo l'alto spirito umano e patriottico che l'aveva condotta ed il Prefetto di Nuoro così ha espresso la gratitudine sua e della provincia:

R. Commissario Croce Rossa - Roma.

« Missione qui giunta col Col. Marchiafava trova ambiente dove opera sanitaria e infermieri assurgerà altissima significazione oltre che rispondere urgentissimi bisogni. Alla benemerita valorosa Crocerossa grazie e riconoscenza.

Prefetto: DINALE ».

Corsi di perfezionamento.

Presso la Clinica di dermatologia e sifilografia della Facoltà medica di Parigi, sotto la direzione del prof. Jeanselme, avranno luogo i seguenti corsi di perfezionamento: di dermatologia dal 3 al 28 ottobre, di venereologia dal 31 ottobre al 25 novembre, di terapia dermato-venereologica dal 28 novembre al 20 dicembre, di tecnica di laboratorio nello stesso periodo. Tassa per ogni corso Frs. 250. Per le iscrizioni rivolgersi al « Secrétariat de la Faculté de Médecine », rue de l'École de Médecine; per informazioni al Dr. Bournier, Hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, Paris (X^e^).

Corsi delle maestre rurali.

Nella sede della Scuola Convitto della Croce Rossa Italiana in Roma (piazza Sassari), S. A. R. la Duchessa d'Aosta ha presenziato l'inaugurazione dei corsi di perfezionamento delle maestre delle scuole per i contadini, che si svolgono nella sede stessa.

Queste giovinette compiranno la loro missione in centri privi di qualunque conforto, spesso tormentati dalle malattie e dall'ignoranza.

Esse ricevono lezioni integrative di igiene, didattica e altre materie.

I proff. Ughetti e Feletti

lasciano le cattedre che per tanti anni furono da essi illustrate presso la Facoltà medica di Catania, alla quale hanno conferito decoro e rinomanza in tutta Italia.

I due Maestri, raggiunti dai limiti di età ma ancora giovanili di pensiero, hanno ricusato, ringraziando, le consuete onoranze, che allievi, ammiratori ed amici intendevano loro tributare.

Hanno accettato invece un banchetto offerto loro dai colleghi, in uno stabilimento balneare del Lido di Catania. Disse affettuose ed alte parole di saluto e d'augurio il prof. Di Mattei, che presentò poi, in nome della Facoltà, a ciascuno dei colleghi, una medaglia d'oro, in ricordo degli anni vissuti insieme, legati da vincoli di stima e di affetto.

Assistenza sanitaria nei paesi inondati d'America.

Il 5 giugno si tenne a New Orleans una conferenza sanitaria per stabilire le misure sanitarie da attuare nei sette Stati colpiti dall'inondazione. Fu deciso di creare dei centri sanitari bene organizzati e una stazione sanitaria da campo. Questa azione verrà sussidiata dalla Federazione, dai singoli Stati, dalla Fondazione Rockefeller e dalla Croce Rossa Americana.

La Croce Rossa Americana ha prestato opera preziosa.

Sono stati impiegati grandi quantitativi di vaccini antitifici; si è proceduto alla depurazione delle acque destinate per uso potabile, alla distruzione di carcasse, alla disinfestione di raccolte idriche in cui si sviluppavano zanzare ecc., nonchè all'assistenza sanitaria.

I medici del posto, a giudizio generale, si sono comportati in modo ammirevole, prodigandosi nell'assistenza, malgrado i danni da essi risentiti alle loro proprietà. La loro opera è stata coadiuvata e rafforzata da ispettori, da stazioni sanitarie ecc.

Ospedale per cancerosi a Boston.

Il 21 giugno venne inaugurato il « Poudville Hospital », a Norfolk, a 30 miglia da Boston: è un riadattamento fatto a spese dello Stato di Massachusetts, di un reparto dell'Ospedale Statale per malattie mentali. Risulta di 8 padiglioni con 95 letti; è fornito di installazioni chirurgiche e radiologiche perfette; è posto sotto la direzione del dott. L. A. Jones.

Incremento di otolaringologi in America.

L'« American Board of Otolaringology » ha rilasciato 119 diplomi, su 142 medici esaminati, in una sessione di esami tenuta a Washington il 16-17 maggio; e 46 diplomi su 52 medici esaminati il 4 giugno a Spokane. Segretario dell'ufficio è il dott. Hanan W. Loeb, 1402, South Grand Boulevard, St. Louis, Ma, S. U. A.

Pletora di dentisti a Parigi.

Dalla « Semaine dentaire » si apprende che dai Resoconti ufficiali della Prefettura di Polizia di Parigi risultavano al 1° gennaio 1926 in numero di 1366 gli esercenti regolarmente odontoiatria nella capitale francese, in confronto di 4583 esercenti medicina e chirurgia: in ragione, cioè, di quasi un dentista ogni tre medici.

I nati in Italia.

Secondo i dati raccolti dall'Istituto Centrale di Statistica nei primi cinque mesi dell'anno corrente, il numero dei nati in Italia è stato di 500 mila, mentre è stato di 535 mila negli stessi mesi del 1926, con una diminuzione quindi di 35 mila, ossia di settemila al mese. Questo fatto non ha carattere contingente, ma ha tutto l'aspetto di un fenomeno sistematico.

Per l'ingrandimento dell'Università di Londra.

L'Università di Londra ha acquistato un terreno di 11 acri, in un posto centralissimo, al nord del British Museum (in Bloomsbury). All'acquisto ha concorso la Fondazione Rockefeller. Vi saranno elevati degli edifizi universitarî, oggi sparsi in più punti della città.

Ospedale galleggiante incendiato.

L'1 giugno l'Ospedale galleggiante « Boston » venne distrutto dal fuoco mentre era in cantiere per l'annuale ripulitura. Era stato in servizio per molti anni: vi avevano compiuto delle crociere migliaia di fanciulli deboli, per la cura marina. Al momento del disastro non ospitava pazienti. Vi erano otto uomini addetti ai servizi; essi riuscirono a fuggire. Il danno è computato in oltre un milione di lire it.

Un'altra esposizione artistica medica.

Viene organizzata a Boston; verrà inaugurata il 1° novembre nella Biblioteca Medica (Boston Medical Library, 8, The Fenway, Boston, Mass.) a cura del dott. George H. Monks.

Per migliorare il trattamento del corpo sanitario militare inglese.

Il Governo dell'Inghilterra ha chiesto alla Casa dei Comuni un credito di 300,000 sterline, pari a 24 milioni di lire it., per migliorare le condizioni economiche del corpo sanitario militare allo scopo di attrarvi medici di valore, mentre ora esso tende a venire disertato dai migliori elementi.

Il rapporto tra le condizioni economiche del corpo sanitario militare e l'efficienza emerse quando, alcuni decenni or sono, fu migliorato in modo notevole il trattamento ai medici militari del Servizio Indiano, e ciò ebbe per conseguenza che questo corpo potè fregiarsi di una serie di nomi di fama mondiale: Leishman, Ross, Bruce ecc.

Tra le nuove condizioni fatte al corpo sanitario militare sono queste: riconoscimento del servizio prestato anteriormente negli ospedali; gratificazione di 7000 sterline (pari a 56,000 lire it.) dopo una ferma di sette anni.

Un infermiere donatore di sangue.

L'infermiere Alberto Anselmi, dell'8° padiglione al Policlinico Umberto I di Roma, ha generosamente donato per la settima volta il sangue per compiere la trasfusione.

Falsi medici.

Il Tribunale di Bergamo ha condannato a due anni e 8 mesi di reclusione, di cui un sesto con segregazione cellulare, a L. 1000 di multa e L. 100 di ammenda, al risarcimento dei danni e alle spese tale Alfonso Prespileo da Girgenti, di anni 27, che sotto il nome di dott. Piazza era riuscito ad occupare il posto di medico interinale in diversi paesi della provincia, senza essere provvisto di laurea. Aveva frequentato solo per due anni la Facoltà medica di Palermo sostenendo gli esami di anatomia.

* * *

È stato arrestato a Genova l'avv. Giuseppe Mazzarino, il quale si qualificava per medico allo scopo di avvicinare le giovani donne. Già altre volte egli aveva dimostrato la sua sfrontatezza e la sua mancanza di scrupoli verso le donne. Si erano iniziati contro di lui dei procedimenti giudiziari.

Condanna di un medico.

Il Tribunale correzionale di Bruxelles ha sospeso un medico, per la durata di un anno, dall'esercizio professionale e lo ha condannato a pagare 30,000 franchi, per avere prescritto senza necessità la morfina in modo tale da creare, mantenere e attivare una morfinomania.

È morto a New York, dopo brevissima malattia, il dott. ANTONIO STELLA, eminente figura nella vita italo-americana, apostolo e scienziato della immigrazione.

Era andato in America, 26 anni or sono, entrando subito in rapporto con le migliori classi e con le più elevate manifestazioni della vita americana.

Stimato professionista, apparteneva al Corpo medico del Columbus e del Manhattan State Hospital. Ma soprattutto lo commosse e lo appassionò il triste spettacolo dei nostri emigranti, vere masse di carne umana, strappate dal suolo della patria e gettate nella bolgia infernale dei quartieri congestionati delle grandi metropoli americane. Gente rozza, ma sana di mente e di corpo, che ci ritorna spesso in patria con qualche dollaro, ma che porta al suo paese la sifilide e la tubercolosi. Erano allora i momenti in cui le condizioni dell'igiene e dell'attività industriale erano ben diverse dall'oggi ed influivano sinistramente sulle condizioni dei nostri emigrati. E lo Stella, in numerose sue pubblicazioni espose i risultati delle sue osservazioni e specialmente in quel suo bel libro: « Some aspects of italian immigration in the United States » (da noi recensito nel 1924), in cui si rivela uomo di gran cuore e di grande scienza, sempre amante del suo paese d'origine, di cui riproduce i più caratteristici e simpatici tipi etnici, lo spettacolo triste delle masse immigranti, dei rifiutati di

Ellis Island, ecc. ed in cui esamina sotto tutti i suoi aspetti la questione della nostra immigrazione, sfatando tanti vieti pregiudizî, per cui la si era ritenuta « undesirable », mentre è un apporto di sane energie fisiche e psichiche. « Molti dei difetti degli italiani », egli dice, « sono i risultati di fattori diversi nel loro passato storico. Ma una razza che, dopo secoli di oppressione, di sfruttamento e di ripetute invasioni straniere, non soltanto non ha snaturato le sue caratteristiche, ma si è condotta in modo da conservare la sua vigoria fisica e mentale e può vantare una preminenza intellettuale per un periodo di 2000 anni (ricordo senza precedenti nella storia dell'umanità) può ben dare affidamento di fornire nel futuro un ben largo contributo a questo paese (gli Stati Uniti) ed al progresso della civiltà ».

Tali gli elevati sentimenti ed il caldo amore di quest'uomo che divenne ben presto un'autorità in materia di immigrazione, specialmente in rapporto ai pericoli dell'urbanesimo. E fu consigliere e coadiutore dei Governi americani nelle opere di studio e di preparazione alla legislazione sociale; fu il primo e più efficiente « welfare worker » italiano, membro della Commissione degli alienati nello Stato di New York, dell'Accademia di medicina, dell'American Statistical Association, fondatore della Società medica italiana. Ebbe dal nostro Governo l'incarico di rappresentarlo al VI Congresso internazionale della tubercolosi tenutosi a Washington nel 1921, mentre rappresentò gli Stati Uniti al Congresso internazionale del Commercio e del Lavoro tenutosi a Torino.

L'Italia perde in lui un vero amico ed un sostenitore dei troppo bistrattati interessi dei nostri connazionali; la Scienza perde un profondo conoscitore dei problemi dell'emigrazione.

FILIPPINI.

Si è spento a Lodi il prof. GIACOMO DE FRANCISCO, chirurgo primario in quell'Ospedale da ben 22 anni. Era nato nel 1872 a Palermo ed ivi laureato; per un decennio fu assistente nelle Cliniche chirurgiche di Palermo e di Pavia e per oltre un anno rimase nella Clinica chirurgica di Heidelberg. Nel 1924 aprì una Casa di salute, che volle inaugurare beneficando i bambini della Infanzia Abbandonata. La sua valentia professionale lo rese generalmente apprezzato; del suo amore per lo studio fanno fede numerose Relazioni. Era dotato di eccezionale bontà d'animo, zelante, scrupoloso. Lascia un vivissimo rimpianto.

Z.

Ha posto fine ai suoi giorni, a 73 anni, in una casa di salute per malattie mentali, il prof. ANGELO ZUCCARELLI, valente psichiatra, docente presso l'Università di Napoli ove fondò e diresse un gabinetto di antropologia criminale con annesso un importante Museo. La cattedra era stata soppressa dalla riforma Gentile; ma recentemente il Governo Nazionale l'aveva ripristinata, in considerazione delle speciali benemerenze dello Zuccarelli.

A. P.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

ANNO XXXIV Roma, 29 Agosto 1927 Fasc. 35

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LEZIONI.

Su di un caso di sindrome apparentemente urinaria dovuta a colite cieco-ascendente.

Prof. DOMENICO TADDEI, Direttore della Clinica Chirurgica Generale della R. Università di Pisa.
Lezione clinica
raccolta dal dott. ONOFRIO ANGELELLI, assistente.

Il caso, che ho creduto opportuno di presentarvi stamane, si riferisce ad una affezione addominale, sulla quale specialmente in questi ultimi anni è stata richiamata l'attenzione e che acquista particolare interesse perchè associata ad un altro processo morboso, che ne complica il quadro e rende così più arduo il problema diagnostico e terapeutico.

Vi leggo innanzi tutto la storia clinica:

R. M., di a. 28, di Colle Val d'Elsa, maritata. Ingresso nell'Istituto il 30 aprile 1927.

La paziente riferisce che all'età di 12 anni fu colpita da dolori a tipo colico localizzati nella fossa iliaca di destra: Temperatura febbrile (39°): Non vomito. In capo a poche ore questi disturbi sparirono ed è stata sempre bene fino a 6 anni fa. In tale epoca, a 6 mesi di distanza da un parto, fu senza una apprezzabile causa colpita al mattino da dolori discretamente intensi, che, insorti in corrispondenza del fianco destro, si irradiavano verso la regione inguinale corrispondente, la radice della coscia dello stesso lato e verso l'ipogastrio. Contemporaneamente comparve stimolo assai vivo alla minzione: l'urina fu emessa in piccola quantità ed a gocce di aspetto giallo-torbido; non vomito: temperatura intorno a 38°.

Immediatamente fu consultato un sanitario, che fece diagnosi di colica renale, praticò una iniezione di morfina e prescrisse dieta lattea: Alvo stittico. Dopo poche ore i fenomeni dolorosi si alleviarono; ma la sera stessa ridiventarono intensi, sì da obbligare il sanitario a praticare una seconda puntura di morfina. Il giorno dopo i dolori erano molto diminuiti, la temperatura abbassata, persistevano i disturbi alla minzione.

In capo a 4 o 5 giorni questa sindrome era completamente scomparsa. La paziente aggiunge che i fenomeni dolorosi si alleviarono specialmente dopo abbondanti defecazioni in seguito ad un purgante ingerito. Per circa un anno nessun disturbo: la paziente attendeva regolarmente alle sue ordinarie occupazioni. Dopo questo periodo rimase di nuovo incinta: la gravidanza si svolse regolarmente con parto eutocico a termine. A circa un mese di distanza dal parto fu di nuovo colpita dalla sopranotata fenomenologia dolorosa,

con i soliti disturbi alla minzione, senza febbre nè vomito. Le fu praticata altra iniezione di morfina: i dolori si alleviarono ed in capo a 6 ore tutto scomparve. Alvo stittico.

Dopo un mese di nuovo si ripeterono questi fatti, che sparirono in capo a poche ore anche questa volta.

Per questi disturbi fu ricoverata in ospedale a Siena, dove ebbe una quarta colica con caratteri di maggiore intensità delle precedenti: temperatura 38°; questa volta la temperatura subfebbrile serotina permase per circa 30 giorni. In questo periodo l'alvo era diarroico: la paziente riferisce di aver notato del muco striato di sangue nelle feci. Era notevolmente dimagrita (circa 12 kg.). Fu dimessa dall'Ospedale con una cura medica.

Nonostante queste cure i fenomeni dolorosi successivamente si ripeterono tre volte sicchè la paziente si ricoverò di nuovo in ospedale a Colle Val d'Elsa, dove fu praticata una appendicectomia. Dopo 4 giorni dall'intervento si ripeterono di nuovo i fenomeni dolorosi con la stessa localizzazione di quelli di prima, anzi con caratteri di maggiore intensità: durarono circa due giorni, poi diminuirono; ma rimase un senso di peso in corrispondenza della parte alta della faccia anteriore del fianco di destra. Anche questa volta si ebbero i soliti disturbi alla minzione: Elevata temperatura febbrile: Alvo diarroico, che rimase tale per 5 o 6 giorni. Gradualmente tutti questi disturbi si alleviarono e seguì un periodo di relativo benessere. Ma dopo circa un mese di nuovo comparve temperatura subfebbrile serotina: profuse sudorazioni notturne: dolori non molto intensi, ma continui alla parte anteriore del fianco di destra. Riferisce di avere spesso durante i periodi di diarrea avvertito senso di gorgoglio in corrispondenza della fossa iliaca di destra.

Persistendo questi disturbi la paziente si è ricoverata nel nostro Istituto clinico.

Nell'anamnesi famigliare si nota che la madre fu affetta da lesione specifica al polmone destro. Un fratello ha avuto tubercolosi delle ghiandole latero-cervicali. Una sorella è morta per peritonite specifica.

Nell'anamnesi personale remota nulla oltre i dati già riferiti. Mestruazioni regolari per quantità, a volte un po' ritardate: Scarsa leucorrea.

L'esame obbiettivo fa rilevare condizioni generali piuttosto scadenti.

Apparecchio nervoso e circolatorio: nulla di notevole.

Apparecchio respiratorio: alla percussione: lieve ipofonesi in corrispondenza della regione sopraspinosa della scapola destra. All'ascoltazione: rantoli a piccole bolle nella regione apicale destra: Espirazione aspra su tutto l'ambito del polmone sinistro: Sfregamenti alla base dell'emitorace destro.

Esiste micropoliadenia latero-cervicale ed ascellare.

All'esame del ventre nulla si rileva all'ispezione delle regioni dolenti. Con la palpazione si provoca dolore in corrispondenza della fossa iliaca di destra. Dolente è anche la parte alta ed anteriore del fianco destro. Non si risveglia dolore in corrispondenza dell'angolo costo-lombare corrispondente.

Il rene sinistro non si palpa. Il rene destro si palpa, ma non appare ingrossato.

È dolente la palpazione dell'aorta addominale e delle iliache.

L'esplorazione dei genitali interni è negativa. Utero lievemente antiflesso di volume normale.

Esame del sangue: Globuli rossi 4.000.000, globuli bianchi 8.000.

Formula leucocitaria: Polinucleati 60 %, Mononucleati 18 %, Linfociti 22 %.

Peso del corpo kg. 58,00.

L'esame delle orine totali asetticamente estratte ha dato il seguente risultato: colorito giallo chiaro paglierino. Reazione acida. Glucosio e albumina assenti. Urea 16,32 ‰.

Sedimento: cellule vescicali.

Nonostante questo risultato ho creduto opportuno, per ciò che dirò in seguito, di praticare una cistoscopia, previa iniezione di 1 cmc. di Paunevrol. Tempo impiegato 5 m'; Capacità vescicale cmc. 160. Vescica di aspetto normale, sbocco ureterale di sinistra un poco allargato.

Gli ureteri si sondano con facilità.

Risultato del cateterismo con sonde bismutate:

Urine totali: cmc. 50 - giallo-chiare-limpide - acide - albumina assente - fosfati assenti - glucosio assente - urea 19,04 ‰. Sedimento: pochi elementi amorfi; scarsissimi globuli rossi.

Rene destro: cmc. 13 - giallo-chiare - albumina tracce - fosfati assenti - urea 8,16 ‰. Sedimento: elementi ureterali e cellule rotondeggianti; scarsi globuli rossi, isolati per il campo microscopico.

Rene sinistro: cmc. 10 - giallo-chiare - albumina minimo intorbidamento - fosfati assenti - urea 8,16 ‰. Sedimento: scarsi globuli rossi.

L'esame radioscopico di controllo ha dimostrato che la sonda di destra era giunta a livello della III vertebra lombare e quella di sinistra fino nel bacinetto.

Come avete sentito dalla storia clinica i disturbi che hanno spinto la paziente a ricorrere al nostro Istituto sono consistiti in dolori, che, insorti in corrispondenza della regione lombare destra si irradiavano alla regione inguinale ed alla radice della coscia corrispondente; più spesso però i dolori avevano sede nella fossa iliaca destra. Questi dolori di varia durata, saltuariamente insorgenti, hanno assunto qualche volta il tipo colico, accompagnati da rialzo termico e da disturbi alla minzione. Per questa sindrome la paziente ha subito un intervento chirurgico (appendicectomia), ma il quadro sindromico si è ripetuto anche dopo l'operazione, anzi a soli 4 giorni da questa e con caratteri di maggiore intensità.

Naturalmente di fronte ad un caso di questo genere la prima cosa che viene alla mente è che queste coliche fossero di origine renale.

Voi sapete come svariati processi morbosi renali possano determinare fenomeni dolorosi. Oltre che nella calcolosi, anche nella tubercolosi renale è frequentissimo osservare delle coliche e ricorderete i casi di nefropieliti, che vi ho il-

lustrato quest'anno, nei quali esisteva una fenomenologia nettamente dolorosa. Nel caso speciale però manca all'esame obbiettivo il dolore posteriore costo-lombare, segno quasi costante nelle infiammazioni renali ed il dolore al di sopra della spina iliaca, anch'esso frequentissimo in questi processi.

Nella nostra paziente il dolore alla palpazione del punto ureterico medio non si può stabilire per la dolorabilità dell'arteria iliaca; infatti è dolente alla palpazione anche la corrispondente arteria di sinistra.

Credo si possa senz'altro escludere l'eventualità di una neoplasia renale. Manca la triade sintomatologica dei tumori renali: dolore, ematuria, tumefazione. Nel nostro caso il rene alla palpazione ed alla radiografia si mostra di volume ed in situazione normale, per cui si può anche escludere che questi disturbi siano in rapporto a vizi di posizione dell'organo.

La nostra paziente inoltre non ha mai avuto ematurie.

Ma oltre i dati clinici anche le prove di laboratorio hanno dimostrato non trattarsi di lesione renale.

L'esame delle urine totali, come voi avete sentito, è stato negativo; tuttavia per tranquillizzarci dell'eventualità che le orine emesse appartenessero solamente al rene sinistro per una, magari transitoria, mancata eliminazione del rene destro, ho praticato una cistoscopia anche per constatare le condizioni della vescica ed ho cateterizzato gli ureteri con sonde bismutate.

Gli esami delle orine separatamente raccolte hanno dimostrato non solo la eliminazione normale in tutti e due i reni, ma anche la mancanza di qualsiasi elemento a sostegno di un processo renale. Nel sedimento come avete sentito dalla storia esistevano solamente pochi globuli rossi in rapporto certamente alle manovre del cateterismo, poichè negativo era stato l'esame delle urine raccolte in precedenza dalla vescica.

Il reperto radiografico ci ha anche permesso di escludere senz'altro trattarsi di calcolosi.

Credo non inutile a questo proposito richiamare la vostra attenzione sulla interpretazione delle radiografie eseguite. Come vedete esistono in tutta vicinanza della zona renale due ombre, che a tutta prima potrebbero esser prese per calcoli: guardando invece più attentamente si vede che l'ombra del rene ben evidente è un po' più bassa, più laterale e che queste ombre corrispondono perfettamente all'altezza delle cartilagini della 10ª costa: evidentemente non possono essere altro che calcificazioni della cartilagine sopradetta.

Desidero richiamare la vostra attenzione sui disturbi vescicali che la nostra paziente ha presentato. Ad essi nel caso speciale non si può, data la negatività della cistoscopia, attribuire importanza per una affezione vescicale data anche la transitorietà, con la quale si sono presentati, evidentemente espressione di fatti riflessi.

Eliminata così nel nostro ragionamento clinico l'eventualità che la nostra paziente fosse affetta da un processo morboso renale, come spiegare la sindrome?

È possibile che nel caso speciale si possa trattare di una colecistite calcolosa?

Crederei di no. La nostra paziente non ha mai avuto dolore all'epigastrio che sappiamo frequentissimo nelle colecistiti, non è mai stata itterica.

I dolori dai quali era colpita non si irradiavano posteriormente e verso l'alto, verso la scapola ma invece verso il basso. Il dolore che si risveglia alla palpazione non è quello delle colecistiti in corrispondenza dell'ipocondrio destro all'incrocio della pararettale colla 10ª costa, ma invece, come vi ho fatto osservare, un po' più laterale e più basso. Oltre tutti questi dati clinici anche l'esame radiografico è stato negativo per la calcolosi della cistifellea. Non che i calcoli biliari diano sempre radiograficamente delle ombre bene apprezzabili e di sicura interpretazione; ricordo in proposito di aver in altra occasione richiamato la vostra attenzione sull'importanza da attribuire al reperto radiografico nella diagnosi di calcolosi biliare.

Comunque credo però che nel caso speciale il reperto radiografico suffragato dai dati clinici e di laboratorio ci permetta di escludere senz'altro che si tratti di un processo colecistico.

Il segno del Murphy, che del resto in questa donna manca (arresto dell'inspirazione profonda per il dolore, mentre la mano preme sul punto colecistico) è incostante nella calcolosi e può aversi in altre affezioni (duodenite, colite ecc.).

Escluso dunque che nel nostro caso si possa trattare di lesione renale o della cistifellea quali altri organi dobbiamo prendere in considerazione nella regione dove la nostra paziente localizza la fenomenologia dolorosa? Non l'appendice, che risulta essere stata chirurgicamente asportata.

Non mi pare inutile a questo proposito richiamare ancora una volta la vostra attenzione sul valore da attribuire alle notizie anamnestiche fornite dai pazienti. Bisogna essere sempre molto cauti sull'attendibilità o meno delle notizie, che essi vi forniscono, sceverarle con obbiettività, in special modo quando, come nel nostro caso, su esse si debba basare un vostro giudizio diagnostico. Può succedere che il chirurgo intervenendo per una sindrome appendicolare si trovi qualche rara

volta in condizioni di non poter eseguire l'appendicectomia e chiuda l'addome senza praticare alcun trattamento. Può succedere che il chirurgo non riferisca esatto il reperto operatorio o perchè la mentalità del paziente non glielo permette o per non confessare la propria impotenza, lasciando così al paziente la convinzione che l'appendice sia stata asportata. Oppure può darsi che il chirurgo pratichi una esportazione di una appendice sana, specie se non pratica una laparotomia estesa che permetta l'esplorazione dei vari organi addominali, esplorazione, che credo necessaria in tutti i casi, ma specialmente in quelli nei quali l'appendice appaia normale o con alterazioni minime o di valore patologico discutibile. Nel caso speciale ho da fonte attendibile avuto assicurazione che l'appendice è stata veramente asportata.

Senz'altro possiamo escludere che nel nostro caso si tratti di un processo neoplastico o pseudoneoplastico (infiammatorio) peritoneale, cecale, colico ecc., perchè alla palpazione non si percepisce alcuna tumefazione degli organi della regione.

Altra eventualità da tener presente, se pure molto rara, è la torsione omentale a sintomatologia addominale e ad andamento diciamo così recidivante. Sapete come questa forma morbosa spesso ha un andamento molto analogo a quello delle appendiciti a decorso subacuto; ma se all'inizio della fenomenologia dolorosa quando è ancora difficile praticare un accurato esame palpatorio del ventre la diagnosi di torsione dell'omento può presentare notevoli difficoltà, successivamente la sindrome è chiarita e dalla palpazione e dal decorso del processo. Nel nostro caso credo però si può escludere senz'altro oltre che per l'andamento anche per la mancanza di qualsiasi intumescenza endoaddominale.

Non credo che nel caso speciale si possa pensare ad un processo infiammatorio mesenteriale ad una forma di mesenterite ad es. sclerosante circoscritta delle ultime anse del tenue, dove più frequente è osservare detta lesione.

Questo processo morboso, non ancora completamente studiato etio-patogeneticamente, prima di tutto è molto raro e poi clinicamente si manifesta solo quando esistono alterazioni di una certa entità (angolature accentuate, torsioni di anse, anse ad Ω, ecc.) della canalizzazione intestinale, bene apprezzabili radiograficamente e che nel nostro caso sono mancate se si eccettua, come vedremo una anormale disposizione dell'angolo colico destro.

La patologia del segmento ceco-colico ha assunto principalmente in questi ultimi anni per parte dei chirurghi una grande importanza e sono stati messi in evidenza svariati processi morbosi congeniti ed acquisiti di questo tratto intestinale, la fenomenologia dei quali trova molti punti di analogia con la sindrome dalla nostra paziente presentata.

Ricordo di avere in altra occasione richiamata la vostra attenzione su di un processo morboso quanto mai interessante e frequente che va impropriamente sotto il nome di Pericolite o di malattia da membrana di Jackson e del quale si sono principalmente interessati i chirurghi americani, inglesi, francesi, in minor grado gli italiani (Taddei, Tosatti, Quarella, Donati, Alzone, Nassetti, De Gaetano, Francini, ecc.). Di questo processo morboso del quale io mi sono particolarmente interessato e dal punto di vista clinico e da quello anatomo-istologico e sul quale ho varie volte richiamato l'attenzione degli studiosi (Congr. Soc. Ital. di Chirurgia 1920; *Riforma medica* n. 2, 1914) perchè si abbiano fenomeni clinici sono necessarie alcune condizioni che qui non sto a ripetere (vedi Taddei: Conferenze, Lezioni e Note di Chirurgia pratica, pag. 166) alcune delle quali solo l'esame radioscopico può delucidare con sicurezza.

L'esame radioscopico del tubo digerente eseguito nella nostra paziente ha dimostrato: Niente allo stomaco, duodeno, tenue. Col clistere di bario il colon si riempie facilmente. Tutto il colon è piuttosto contratto. Il trasverso appare addossato con la sua metà destra all'ascendente a guisa di doppia canna di fucile e non si distende nemmeno con la pressione esterna. Tutto l'ascendente ed il ceco sono dolorabili.

Per questi dati radioscopici siamo autorizzati ad ammettere che nella nostra paziente esista una membrana pericolica molto probabilmente del III tipo 1ª varietà della mia classificazione anatomica di queste pliche peritoneali e che esistano quelle condizioni nelle quali detta membrana può dare una fenomenologia clinica, in molti casi assente.

Avete sentito dalla storia clinica che la nostra paziente ha avuto dei periodi spesso febbrili di diarrea con emissione di muco sanguinolento nelle feci e l'esame radioscopico ha dimostrato tutto il colon piuttosto contratto; evidentemente si tratta di un processo colitico: condizione perchè le suddette membrane pericoliche diano una fenomenologia clinica, sia che esse siano la causa della colite, sia che esse valgano ad aggravarla, sia che (per quei chirurghi che negano l'origine congenita, ma ammettono la genesi infiammatoria) esse siano l'espressione di una pericolite fibroadesiva.

Che nel nostro caso la malformazione sia congenita, che cioè si tratti di una alterazione di

formazione di legamenti o pieghe peritoneali e specialmente del legamento parieto-colico, di una esagerazione di sviluppo di questi legamenti comunque spiegati (teorie di Lane o di Roll, Colemann, di Mayo, di Flint ecc.), mi pare suffragata dal fatto che la nostra paziente ha avuto l'inizio della fenomenologia dolorosa fino dall'infanzia, per quanto anche in adulti si possano trovare forme certamente congenite, che solo tardivamente si rendono clinicamente apprezzabili (ristagno, infezione ecc.).

Se la nostra paziente non ha avuto i disturbi gastrici (nausee, pirosi, senso di peso all'ipogastrio), se non ha avuto la visibile formazione di bozza sporgente sulla superficie addominale in corrispondenza della fossa iliaca, ha tuttavia avuto tutti gli altri segni che caratterizzano queste membrane pericoliche: fenomeni dolorosi più o meno intensi, continui o a crisi non circoscritti come nell'appendicite, ma diffusi alla regione iliaca destra al fianco destro; ha avuto la sensazione di gorgoglio colico; è deperita; la cute è divenuta di color terreo ecc., tutti dati che ci possono far sospettare l'esistenza della sopradetta lesione, del resto indiscutibilmente dimostrata dal reperto radioscopico.

Ma oltre questi fatti come abbiamo notato con l'esame obbiettivo la nostra paziente ha dolente alla palpazione l'aorta addominale e le iliache. Ho in altre occasioni richiamata l'attenzione sul significato di questa dolorabilità diffusa aortico-iliaca e ho detto come, molto probabilmente è da ritenersi in rapporto a fatti tossici di natura simpatica. Ho avuto occasione di constatare come sempre negli individui, nei quali esiste questo sintoma, se pratichiamo una radiografia del torace, si riscontrano lesioni specifiche polmonari, lesioni benigne ad andamento cronico, magari tendenti alla guarigione spontanea e la radioscopia eseguita nella nostra paziente ha confermato i dati acustici e plessici, che dimostrano esistere effettivamente lesioni nodulari più che tutto ben dimostrabili nel polmone sinistro.

Ora se noi pensiamo che la stasi di materiale intestinale nel cieco in rapporto alla disposizione anormale del colon può determinare fatti flogistici nel cieco e ascendente, tenuto conto della tossicità del materiale in questo tratto intestinale dimostrata maggiore di quella del discendente, possiamo spiegarci la fenomenologia dolorosa dalla nostra paziente presentata. Il processo colitico oltre che in rapporto con la disposizione angolare anormale del colon destro potrebbe essere dovuto ad affezione della stessa natura delle indubbie lesioni specifiche polmonari esistenti; fatti di pericolite, di peritoniti circoscritte, quindi formazioni di aderenze, di nuove membrane pericoliche, capaci di creare nuovi ostacoli al normale decorso del materiale intestinale, determinano, come è facile comprendere, nuove sindromi dolorose.

Le sindromi localizzate al tratto cieco-colico ascendente sono facilmente spiegabili sia per il fatto che spesso, come ho già insistito in numerose pubblicazioni, esistono condizioni che aumentano o favoriscono o determinano la stasi in questo segmento intestinale (cieco mobile, membrane pericoliche, pericolite ecc.), sia per la qualità ed il contenuto bacterico del cieco e del colon ascendente, che sono segmenti, dove si compie ancora una importante fase digestiva, a cui non sono estranei i batteri, mentre il resto del colon compie più un ufficio di serbatoio e di canale di eliminazione con la funzione speciale di assorbimento dell'acqua e quindi di indurimento delle feci.

Queste condizioni spiegano le flogosi così frequenti di quel tratto intestinale (cieco-colon ascendente) e, dato il notevole potere di assorbimento della mucosa, i fenomeni *generali* (febbrili, anemici, astenici, nevrosici), che accompagnano queste forme.

Germi e tossine assorbite dall'intestino possono determinare anche fatti abbastanza limitati ad alcuni parenchimi od organi e si possono avere così forme morbose ad aspetto clinico speciale. Così ad es. germi arrivati al fegato possono dare delle angiocoliti e colecistiti (*Forme epatobiliari* in rapporto con la stasi intestinale cieco-ascendente (Chiray e Lebegue) ed io direi anche in rapporto con le coliti); oppure delle Forme *gastriche*, che sono le più frequenti, alle quali non è escluso anche che contribuisca il rapporto tra la funzione sfinterica ileo-cecale e pilorica messa recentemente in evidenza da Oddo; Forme *pielo-cistitiche* (Forma *cisto-renale* di Heitz-Boyer) o nefritiche (Forma *pseudo-nefritica* di Chiray e Lebon).

Il nostro caso non entra nè nelle sindromi pseudo-nefritiche nè in quelle pielo-cistiche perchè non esistevano lesioni renali dimostrabili dovute a batteri e tossine, che avessero agito sul rene, ma a una Forma a *tipo vescicale* (tenesmo, ritenzione, pollacuria) che è logico ritenere in rapporto o con fatti riflessi o per azione di eliminazione urinaria di tossine d'origine intestinale.

Si hanno spesso insomma individui, che vengono a noi con disturbi e sindromi varie, che fanno pensare non tanto all'appendicite, colla quale la confusione è massima, quanto a malattie gastriche, renali, epatiche o generali e che sono spesso erroneamente diagnosticati e quindi male trattati dal punto di vista terapeutico.

Bisogna quindi non dimenticare mai di fronte a pazienti di così svariati tipi la possibile origine

cieco-ascendente dei fenomeni, per poter stabilire e curare o la stasi intestinale cronica o la colite cronica con acutizzazioni frequenti, spesso ritenute per appendicitiche, ma dall'appendicite facilmente differenziabili con un esame accurato sia anamnestico, sia locale specialmente sulla estensione e diffusione del dolore ed eventualmente coll'esame radiologico.

Tenuto conto di quanto son venuto esponendo e di tutti gli elementi notati quale la terapia più consigliabile nel caso speciale? Non sono da aspettarsi vantaggi durevoli con la dieta, con l'uso di clisteri se pure si possono con questi determinare sollievi momentanei. Sono sconsigliabili i purganti, che anzi aggravano il processo colitico.

L'unico trattamento razionale è solamente il chirurgico. Vi ho in altra occasione detto che un trattamento sufficiente nelle membrane pericoliche congenite, e che in quasi tutti i casi mi ha dato ottimi risultati è la plastica delle membrane pericoliche con incisioni in modo da ottenere la completa liberazione del tratto intestinale aderente e successiva sutura peritoneizzante. Naturalmente la plastica sarà varia a seconda del tipo della membrana da trattare. Ho proposto ed applicato in centinaia di casi una tecnica semplice, che voi conoscete per averla vista eseguire e che ho già più volte descritto (incisione lungo le linee di trazione della membrana e sutura alla Lembert a punti staccati in senso perpendicolare all'incisione).

Nel nostro caso tenuto conto delle gravità dei fatti infiammatori diffusi capaci di generare ulteriormente altre membrane può darsi che un intervento, limitato solamente ad una plastica, possa darci garanzia di successo? D'altra parte il praticare delle entero-entero-anastomosi per deviare la corrente del materiale intestinale ed escludere il colon o porzione di esso in questi casi, se può darci una scomparsa di disturbi per un certo tempo più o meno lungo, non ci garantisce un buon risultato definitivo. Questo invece possiamo ottenere asportando addirittura il tratto intestinale infiammato (nel caso speciale, cieco e colon ascendente e parte del trasverso), praticando cioè una emicolectomia e quindi una ileosigmoidostomia.

Alla laparotomia si stabilirà quale di questi due interventi (Plastica pericolica o Emicolectomia) sia più conveniente.

Dopo il trattamento chirurgico nella nostra paziente praticheremo anche una cura medica a base jodo-arsenicale, elioterapica ecc., allo scopo di curare l'evoluzione delle lesioni polmonari. Ritengo che solo seguendo questa linea di condotta avremo preso tutte le garanzie possibili per un buono e definitivo successo.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI BRESCELLO (EMILIA).

Un caso di epitelioma cistico del pancreas.

Dott. ANNUNZIATO CARATOZZOLO.
assistente onorario.

La clinica delle malattie del pancreas non ha un diagnostico interessante, e la stessa diagnosi dei tumori si basa, sempre con molta probabilità, sul criterio differenziale.

Se anche il Leube asserisce che negl'individui magri « si perviene talora a toccare anche la testa del pancreas sano, tra la linea sternale destra e la linea parasternale, a traverso del piloro e del colon trasverso » il caso non è frequente, nè a me è capitato.

V. Ante, fu Francesco, di anni 51, nato a Suzzara, muratore; abita, fin dalla primissima infanzia, a Palidano di Gonzaga.

Alla sua nascita il padre, contadino, aveva 26 anni; è morto nella età di 71 anni per adenocarcinoma del fegato. La madre, casalinga, ne contava 24 ed è morta a 52 anni, per diabete, della quale malattia sono pure morti i suoi cinque fratelli e la sorella. Il paziente ha una sorella vivente e sana con prole sana; d'un fratello minore s'ignora la sorte, essendo emigrato in America.

Nato a termine ed allattato al seno materno, non pare che abbia sofferto i comuni esantemi. Di famiglia agiata, ha sempre abitato in ambienti sani, nè ha mai sofferto privazioni od emozioni violenti.

A 15 anni ha iniziato il mestiere di muratore, continuandolo ancora, alternato con la gradita occupazione del piccolo agricoltore.

Ha prestato servizio militare di leva nell'arma del Genio, a Verona e a Firenze, e durante questo periodo ebbe a soffrire d'un ascesso, del quale residuano due cicatrici pallide, aderenti all'osso sulla faccia esterna del terzo superiore della coscia sinistra.

Ritengo che si sia trattato d'un ascesso freddo.

A 26 anni ha sposato ed è padre di due ragazze viventi e sane. La moglie non ha mai avuti aborti.

Mangiatore di buon appetito ha sempre preferito e preferirebbe ancora la carne e i farinacei; è discreto bevitore e, dai vent'anni, fumatore moderato di sigaro e pipa.

Non ha mai subìto infortuni sul lavoro, nè traumi, nè altre malattie. Temperamento chiuso, carattere timido ha vissuto molto appartato, preferendo la vita di famiglia.

Nell'agosto 1926 ha incominciato ad avvertire una più facile stanchezza dopo l'abituale lavoro e, talvolta, di notte, una vaga dolenzia al dorso.

Consultato un sanitario di sua fiducia, questi non ebbe a formulare alcuna diagnosi, ed ha rassicurato il paziente, attribuendo alla fatica eccessiva nella stagione calda, il senso della stanchezza. L'esame dell'urina è risultato negativo per lo zucchero.

Ma, verso la seconda metà di ottobre, la vaga dolenzia al dorso s'è venuta precisando al punto costo-vertebrale di sinistra, ed oltre che a farsi più intenso e più frequente, s'è venuto mano mano irradiando da tutte e due i lati, lungo i punti costo-muscolari e costali, per congiungersi, anteriormente, nella regione epigastrica, in modo gravativo.

Un modico rialzo di temperatura, massimo 38° C., l'ha costretto a letto.

La faccia ha un'espressione composta, ma sofferente; la pelle è pallida; i baffi, i pochi capelli grigi; scarso il pannicolo adiposo, ma ben sviluppato il sistema osseo e muscolare.

Misura in altezza m. 1,75. Non s'è mai pesato e afferma di non essere in quest'ultimo tempo dimagrito.

Polso 80.

Respiro 22.

Ha lingua impaniata, asciutta; alito fetido.

Le mucose congiuntivali e della bocca sono pallide.

L'esame del sistema glandolare è completamente negativo.

Nulla di notevole ai diversi organi e sistemi. La pressione digitale ai punti indicati, e cioè, costo-vertebrale di sinistra, costo-muscolari e costali d'ambo i lati, ne esacerba il dolore.

Rilevasi una lieve tumefazione alla regione epigastrica, precisamente al punto pancreatico di sinistra. Tale tumefazione, più appariscente nella posizione supina, durante l'espirazione forzata, raggiunge la grossezza d'un mezzo mandarino; ha limiti netti, di consistenza dura, alquanto spostabile nei movimenti respiratori e spostabile; non è pulsante, ma è evidente l'impulso epigastrico post-sistolico.

L'esame dell'urina svela una leggera glicosuria.

S'è pensato all'intervento chirurgico e, di fatti, è stato eseguito la mattina del 6 novembre 1926 dal prof. Giovanni Zanetti, nell'Ospedale di Brescello ove l'infermo era stato trasportato.

Narcosi morfio-eterea, laparotomia mediana sopraombelicale, l'apertura della cisti è stata fatta attraverso l'epiploon gastroepatico.

L'apertura della cisti ha dato esito ad un'abbondante poltiglia quasi gelatinosa. La mano introdotta si affondava sino alla colonna vertebrale, accertando altri lobi comunicanti della cisti, a pareti di spessore vario, in alcuni punti spesse assai e facilmente lacerabili con pezzi lardacei. La parte posteriore della cisti, molto voluminosa, occupava tutto il fondo dell'addome dietro lo stomaco e l'intestino tra l'apofisi ensiforme e l'ombelico, mentre il lobo anteriore si spingeva in avanti, facendo corpo con la parete posteriore dello stomaco, lasciando, però, liberi il cardias ed il piloro, mentre, invece, aveva contratte tenaci aderenze col tenue, col duodeno, con la vena cava. L'asportazione, naturalmente, è risultata impossibile e fu praticata la marsupializzazione.

In terza giornata s'è avuta un'imponente emorragia secondaria, come nel caso dello Strandgeard.

Il decorso post-operatorio ha concluso con l'esito letale, dopo una trentina di giorni, durante i quali sono aumentate le eruttazioni putride, la stitichezza e l'insonnia tenace, e la disfagia è arrivata al punto da non permettere neanche la introduzione di liquidi nello stomaco.

L'intervento operatorio e l'esame istologico di pezzi della parete della cisti hanno resa indubbia la diagnosi d'una di quelle cisti del tessuto pancreatico classificate dal Korte come epitelioma cistico, infatti il frammento esaminato si è mostrato costituito da epitelio pavimentoso stratificato.

Le cisti del pancreas, fondamentalmente, possono essere divise in: cisti parassitarie e non parassitarie. Le parassitarie — cisti idatiche da echinococco — sono distinte, dal Parlavecchio, in intrinseche ed in estrinseche. Le non parassitarie, o cisti ghiandolari, furono divise dal Lazarus in cisti rivestite da epitelio, o cistomi, e in non rivestite, o cistoidi, vere pseudo-cisti dovute a collezioni sierose, sanguigne o purulente della borsa omentale.

Il Korte, a sua volta, classifica le cisti: 1) in cisti da ritenzione; 2) in cisti secondarie a pancreatite interstiziale cronica; 3) in cisti da prolificazione del tessuto pancreatico: cisti-adenoma, epitelioma cistico; 4) in pseudocisti.

Ma nemmeno questa classifica è generalmente ammessa e, per le cisti ghiandolari, si tende ad ammettere la teoria dell'origine congenita.

L'anamnesi familiare del mio caso ha un'importanza particolare in questo senso.

Le cisti del pancreas non sono molto frequenti; rare nei bambini, l'età più registrata è dai 20 ai 50 anni.

Tutte le parti del pancreas possono essere sede delle cisti, compresi pancreas accessori. Per lo più sono a sviluppo anteriore, tutte, primitivamente, retroperitoneale, fin quando non hanno acquistato un volume notevole.

Le cisti epiteliali, d'ordinario, sono le più voluminose e le più interessanti clinicamente; uniche, per lo più, a largo impianto con predilezione sulla coda, con la cavità divisa in logge in modo da dare cisti multiloculari. La faccia esterna della parete si presenta liscia ma quella interna può essere tappezzata da un epitelio a cellule cilindriche od appiattite, a strato continuo o discontinuo (Martin); come pure l'epitelio può mancare ed allora delle striature la percorrono, mentre, in quelle a decorso neoplastico maligno, si osservano delle villosità polipoidi.

Il contenuto di queste cisti non è quasi mai limpido e può anche essere misto ad una poltiglia gelatinosa; ha reazione, quasi sempre, alcalina; una densità che varia da 1002 a 1160; vi furono trovate sostanze diverse e, nelle cisti giovani, qualche fermento pancreatico: il diastatico.

Nel loro sviluppo, a seconda della sede d'impianto, vengono a contatto con gli organi della loggia anteriore addominale e finiscono col contrarre forti aderenze.

Fra le complicazioni possono osservarsi le suppurazioni o la rottura negli organi vicini: stomaco, duodeno, intestino; quelle a tipo neoplastico possono dare metastasi epiteliali nel fegato.

Nel caso in esame abbiamo avuto, in quinta giornata dall'intervento operatorio, una fistola con il colon trasverso.

Lo sviluppo di queste cisti è svolto molto lento, con ritardi ed accelerazioni.

Manca una sintomatologia primaria loro propria che possa servire al diagnostico, e di fatti, secondariamente, e per lo sviluppo particolare della cisti verso lo stomaco sono comparsi sintomi a carico di questo organo, e nemmeno imponenti.

L'esame dell'urina è di nessuna importanza; l'esame delle feci può rivelare la steatorrea e l'azotorrea, ma questi « sintomi di abolizione » possono comparire anche in malattie intestinali con diminuito potere d'assorbimento della mucosa intestinale, oppure con peristalsi aumentata (Leube).

Elemento diagnostico più importante, ed al quale sono costretto dar più valore che non lo Schmidt stesso, ritengo il dolore. Certo che un tumore dello stomaco con una evoluzione simile, senza aver dato prima alcuna sintomatologia sua, non persuade, e l'osservazione d'un tumore che arriva allo stomaco è quasi spontanea. Ma l'analisi della sensazione dolorosa, fatta con finezza, serve molto in questo diagnostico.

Non è stata sorpresa alcuna pancreasalgia notturna; piuttosto il dolore di notte era in coincidenza della posizione dorso-supina la quale, anzi, costituiva la « posizione dolorosa » caratteristica del processo retroperitoneale. L'irradiazione prima, verso sinistra, come pure ha osservato Eustacchio, indicava la coda come sede della cisti. Ed anche quando ormai era palpabile il tumore epigastrico piuttosto che un dolore, il paziente vi avvertiva un senso doloroso di pressione. Il lobo anteriore della cisti piriforme o meglio a « zucca da vino » lasciava libero tanto il piloro che il cardias; ecco la ragione della muta sintomatologia di questa cisti, la quale non ebbe a manifestarsi che con irradiazioni dolorose del plesso solare dal quale, come si sa, provengono i nervi destinati al pancreas.

La cura medica non è nemmeno intervenuta, e quella chirurgica, la sola indicata, in questo caso, ormai non poteva avere altro epilogo.

Marzo, 1927.

BIBLIOGRAFIA.

LEUBE. *Diagnostica differenziale.* Casa ed. Vallardi, Milano.

KORTE. Deutsche mediz. Wochenschrift, fev. 1914, pag. 42-424.

CAROZZI. *La chirurgia del pancreas.* L. Cappelli, edit. Bologna, 1919.

PARLAVECCHIO. *Di un caso rarissimo di idatide del pancreas guarito colla marsupializzazione.* Pensiero Medico, 1913, pag. 385.

EUSTACCHIO. *Un caso di cisti del pancreas.* Riforma Medica, 1915, pag. 424.

DONATI. *Chirurgia dell'addome*, 1913.

LÉRICHE, LÉCÈNE. *Therapeutique Chirurgicale.* Masson, edit. Paris, 1926.

STRANDGAARD. *Fall von Pancreas cjsti.* Hospital studende, 1897.

SCHMIDT. *I fenomeni dolorosi nelle malattie interne.* Soc. Ed. Lib. Milano, 1908.

NOTE E CONTRIBUTI.

Incostanza della eosinofilia nelle affezioni da echinococco.

Dott. VITTORE DELLA CASA
Diplomato in patologia delle malattie Esotiche e Coloniali nella R. Università di Bologna - Medico del Laboratorio di Analisi dell'Ospedale Civile di Orvieto.

Nella sezione chirurgica dell'Ospedale Civile di Orvieto, negli anni 1925-1926 sono stati ricoverati numerosi infermi per echinococco del fegato o del polmone che vennero operati dal chirurgo dott. Alcide Crespi. Durante la loro degenza ho eseguito indagini allo scopo di controllare la presenza della eosinofilia e ricercare se la assenza di essa dipendeva dalla morte del parassita. Il giorno precedente all'intervento prelevavo sangue con la puntura del polpastrello per la ricerca della formula leucocitaria; l'intervento chirurgico poi stabiliva la vitalità dell'echinococco.

La colorazione dei preparati di sangue è stata eseguita col metodo May Grunwald-Giemsa.

Riporto brevemente le storie dei malati presentatisi alla mia osservazione.

CASO I. — Sig. Bia... Non è stata da me esaminata, però venne dal collega dott. Brizi prelevato il sangue ed inviato al laboratorio di analisi dell'Ospedale con un estratto della storia dalla quale risultava che era stata eseguita radiografia che aveva fatto sospettare cisti da echinococco del polmone. La formula leucocitaria diede eosinofilia notevole e precisamente:

polinucleati neutrofili	70	% su 300 elementi
» basofili	1	
» eosinofili	7	
linfociti	19	
grandi mononucleati	2	
forme di passaggio	1	

CASO II. — Ran... Angela, anni 26, Montefiascone. Echinococco del fegato. Ha dolori all'ipocondrio destro dove colla palpazione si sente sul

bordo del fegato una grossezza come una doppia grossa castagna.

21 settembre 1925. Laparotomia. Asportazione della cisti. Guarigione. L'echinococco era vitale. La formula leucocitaria diede non eosinofilia e precisamente:

polinucleati neutrofili	73	% su 300 elementi
» eosinofili	0,5	
» basofili	0,5	
linfociti	24	
grandi mononucleati	1	
forme di passaggio	1	

CASO III. — Sen... Giovannina, anni 5, Castelviscardo. Voluminoso echinococco del fegato. Bambina in condizioni generali buone che presenta una grossa tumefazione all'ipocondrio destro. Non sensazione di fremito alla percussione.

9 giugno 1925. Laparotomia. Asportazione della cisti. Guarigione. L'echinococco era vitale.

La formula leucocitaria diede non eosinofilia e precisamente:

polinucleati neutrofili	68	% su 300 elementi
linfociti	28,5	
grandi mononucleati	2,5	
forme di passaggio	1	

CASO IV. — Tot... Rosa, anni 26, Castiglione in Teverina. Echinococco del polmone sinistro. È sofferente di tosse da oltre un mese. Non ha febbre. Si nota ottusità pleurica sinistra.

16 luglio 1926. Asportazione della cisti. Guarigione. L'echinococco era vitale. La formula leucocitaria diede non eosinofilia e precisamente:

polinucleati neutrofili	71	% su 300 elementi
» eosinofili	0,5	
» basofili	1	
linfociti	23	
grandi mononucleati	4,5	

CASO V. — Ser... Giovanna, anni 6, Castelviscardo. Echinococco del fegato. È la stessa bambina del Caso III che venne operata nel 1925. Presenta ora una nuova cisti.

20 luglio 1925. Laparotomia. Asportazione della cisti. Guarigione. L'echinococco era vitale. La formula leucocitaria diede non eosinofilia e precisamente:

polinucleati neutrofili	67	% su 300 elementi
» eosinofili	1	
linfociti	26	
grandi mononucleati	3,5	
forme di passaggio	2,5	

CASO VI. — Plem... Vincenza, anni 36, Montefiascone. Echinococco del polmone destro. Da alquanto tempo ha dolore all'emitorace destro ove si nota ottusità.

25 ottobre 1926. Asportazione della cisti. Guarigione. L'echinococco era vitale. La formula leucocitaria diede lieve eosinofilia e precisamente:

polinucleati neutrofili	64	% su 300 elementi
» eosinofili	3	
linfociti	29	
grandi mononucleati	3	
forme di passaggio	1	

CASO VII. — Sav... Riccardo, anni 56, Roccalvecce. Cisti da echinococco multiple del fegato. Malato da tempo; si lamenta di dolori alla regione epigastrica ove colla palpazione si notano noduli come piccole mele, duri, in rapporto col fegato in preferenza della zona mediana e medio destra.

26 maggio 1926. Laparotomia. Asportazione della cisti. Guarigione. L'echinococco era vitale. La formula leucocitaria diede non eosinofilia e precisamente:

polinucleati neutrofili	67	% su 300 elementi
linfociti	29	
forme di passaggio	1	
grandi mononucleati	3	

CASO VIII. — Fast... Pasqua, anni 43, Radicofani. Cisti da echinococco del fegato. È convalescente di grave tifo durato circa tre mesi con enterorragia. Sotto l'ipocondrio destro si nota tumefazione del fegato del volume di un grosso arancio che è fastidiosa alla palpazione; si apprezza la fluttuazione.

23 dicembre 1926. Laparotomia. Asportazione. Guarigione. L'echinococco era vitale. La formula leucocitaria diede lieve eosinofilia e precisamente:

polinucleati neutrofili	68	% su 300 elementi
» eosinofili	3,5	
» basofili	0,5	
linfociti	26	
grandi mononucleati	2	

CASO IX. — Ant... Biagio, anni 21, Colono Capretta. Cisti da echinococco al polmone destro. Ha un aumento di volume al torace destro; in tutta la zona mammaria anteriore corrispondente alla tumefazione vi è ottusità come in una pleurite saccata.

25 marzo 1927. Asportazione della cisti. L'echinococco era vitale. La formula leucocitaria diede non eosinofilia e precisamente:

polinucleati neutrofili	75	% su 300 elementi
» eosinofili	0,5	
linfociti	21	
grandi mononucleati	3	
forme di passaggio	0,5	

Come risulta nei singoli casi l'eosinofilia fu presente tre volte soltanto (Caso I, VI, VIII) senza essere oltremodo accentuata. Il concetto che la mancanza di eosinofilia in malati sicuramente affetti da echinococco indicasse la morte del parassita non è stato conforme ai risultati degli esami eseguiti, come non lo è stato quello della eosinofilia nelle affezioni da echinococco.

Le osservazioni che formano oggetto della presente ricerca dimostrano che non sempre la eosinofilia si riscontra nelle affezioni da echinococco e che la sua assenza non permette di formulare alcun giudizio diagnostico nè permette di stabilire la cessata vitalità del verme.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Le sindromi dolorose addominali nei bambini.

(BAER. *Medizinische Klinik*, 1927, n. 20).

La diagnosi della causa dei dolori addominali se non è sempre facile negli adulti, è spesso ancora più difficile nei bambini. Questi sono anche più imprecisi nella indicazione del carattere e della sede del dolore e nel fornire tutte le altre notizie anamnestiche che sono così preziose nelle quistioni del genere. Da ciò la necessità di un esame accurato che deve essere praticata non solo sugli organi addominali ma anche su quelli toracici perchè i dolori ventrali possono costituire sintomi riferiti di affezioni lontane.

I dolori addominali possono essere sintomi di: *A*) affezioni della parete addominale (cute, muscoli, peritoneo); *B*) affezioni degli organi addominali (stomaco, intestino, milza, fegato, pancreas, reni, vescica); *C*) affezioni dei pulmoni, del cuore e di infezioni generali; *D*) affezioni nervose.

È a notare che molte affezioni capaci di dare dolori addominali non si verificano del tutto o quasi del tutto nell'infanzia. Tali affezioni sono: l'ulcera gastrica, il carcinoma gastrico, le crisi tabetiche, la calcolosi epatica, renale e vescicale, la necrosi del pancreas, le annessiti.

A) I dolori dipendenti dalla parete addominale possono essere in rapporto ad affezioni cutanee, muscolari e peritoneali.

L'iperestesia della parete addominale si riscontra con molta frequenza nella peritonite, nella periappendicite, nel tifo recente, nella meningite, nella pulmonite e pleurite, oltre che nei rari casi di ulcera gastrica e colecistite. Si ha sul territorio cutaneo i cui nervi sensitivi sono in rapporto con i segmenti midollari, nei quali terminano anche le fibre simpatiche degli organi interni affetti. È ovvio che tali iperestesie non sono sintomi di affezioni cutanee dell'addome, ma sono un sintoma di lesioni degli organi interni e praticamente hanno grande importanza diagnostica.

Nei muscoli addominali possono aversi dolori in seguito a sforzi corporei, ad esercizi ginnastici, o a tosse insistente e violenta (tubercolosi e pertosse) e molto raramente, nei più grandicelli, in seguito a degenerazione muscolare da tifo. Questi dolori si manifestano per lo più senza febbre, si accentuano con il cammino, la tosse e la defecazione, cessano con il riposo, sono alleviati dal caldo locale, non sono influenzati dall'introduzione di cibo e dai movimenti intestinali. La pressione esercitata sui muscoli pigiando fra le dita la parete addominale provoca dolore. Il dolore può essere causato anche dalla diastasi dei muscoli retti, dall'ernia epigastrica ed ombelicale.

Il dolore è un sintoma costante delle infiammazioni peritoneali. È per lo più secondario nell'appendicite, e meno frequentemente nelle perforazioni di ulcerazioni gastriche e intestinali (tifo, dissenteria ed altre infezioni). In seguito alla perforazione nella cavità addominale la peritonite si stabilisce subito, dopo 4-6 ore. Il dolore raramente è a carattere colico, per lo più si manifesta improvvisamente ma è continuativo, tormentoso. Al principio è localizzato nel punto dell'infiammazione, e perciò più frequentemente al cieco, e diventa sempre più forte e si diffonde in pochi giorni a tutto l'addome. Nella peritonite acuta la parete addominale è avvallata e tesa a difesa del sottostante peritoneo, successivamente si ha meteorismo. Talvolta il ventre è rilasciato in conseguenza dello shock profondo al principio della malattia, o alla fine in conseguenza delle gravi alterazioni tossiche del sistema nervoso. Ogni sforzo (respirazione profonda, tosse e simili), ogni movimento aumenta il dolore. Il ragazzo se ne sta immobile, evita anche di urinare e la ripienezza della vescica aggrava la situazione. Nella forma tubercolare i dolori sono indeterminati, variabili sia per sede che per intensità.

B) L'appendicite è rara nei ragazzi molto piccoli e diventa sempre più frequente al di là di quattro anni di età. Nelle forme acute il dolore non manca mai. Il ragazzo al principio lo localizza per lo più alla regione ombelicale corrispondentemente alla distribuzione del 10° e 11° nervo intercostale, attraverso i quali il dolore passa dai nervi simpatici mediante i rami comunicanti. Il dolore improvviso, atroce accompagnato da grido è indice di perforazione. L'aspetto del ragazzo e l'intensità del dolore indicano la gravità della malattia. Sono sintomi precoci dell'affezione i disturbi generali, l'inappetenza, l'irrequietezza, l'insonnia. Ma talvolta si può essere ingannati dalla tenuità dei sintomi locali e dallo stato generale buono. Al principio della malattia per la contrazione riflessa dello psoas i ragazzi presentano un incurvamento della persona, che aumenta con i movimenti. L'arto inferiore destro per la contrazione riflessa dei muscoli è flesso per modo che il ragazzo è piegato in avanti e lateralmente a destra. La respirazione è preva-

lentemente costale e la parte inferiore destra dell'addome vi partecipa poco. È un indice rassicurante la respirazione addominale normale. Il riflesso addominale inferiore non di rado è abolito, la cute è iperestesica. Al primo giorno si può avere diarrea, la stipsi è la regola. La temperatura di rado supera i 39°. Caratteristica è la forte differenza tra la temperatura ascellare e quella rettale, che supera la prima spesso di un grado ed anche più. Nei casi gravi il polso è frequente, piccolo, debole. Il sintoma decisivo dell'appendicite nei fanciulli è il dolore alla pressione. Questo per lo più è localizzato nel punto di Mac Burney, ma spesso è spostato di 1-2 dita all'interno e più vicino all'ombelico. Il dolore si accentua quando si solleva la mano dopo aver premuto profondamente (sintoma di Blumberg). In conseguenza dell'infiammazione del peritoneo dell'appendice e delle parti vicine si ha difesa muscolare, che è dovuta ad eccitazione del peritoneo parietale, la quale si trasmette per le vie dei nervi sacrali, lombari e intercostali. La lieve sensibilità alla pressione senza contrazione muscolare parla contro l'appendicite. La difesa muscolare manca quando l'appendice è posteriore o pelvica.

L'appendicite cronica ha un quadro clinico oscuro perchè mancano i sintomi allarmanti e perchè il dolore spontaneo è spesso localizzato nella regione gastrica od ombelicale, mentre manca quello alla pressione sul punto di Mac Burney. I ragazzi accusano crisi di malessere periodico, accompagnate da temperature subfebbrili. Kümmel nota che in mancanza del dolore nel punto di Mac Burney ha importanza diagnostica una certa dolorabilità di un punto posto al disotto dell'ombelico. Nei ragazzi più grandicelli il fatto che gli accessi dolorosi sono accompagnati da vomito e che il dolore si accentua negli sforzi per inchinarsi, mingere e defecare fa pensare all'esistenza di briglie peritoneali, ad ostacoli al passaggio nell'intestino e quindi all'appendicite cronica.

Tra le malattie locali che possono essere scambiate con l'appendicite bisogna tener presente innanzi tutto le affezioni del tubo gastro-enterico Il catarro gastrico acuto è facilmente scambiato con l'appendicite perchè anche nelle gravi infiammazioni del cieco spesso il dolore è localizzato allo stomaco. Per riconoscere un dolore di origine gastrica bisogna prendere in considerazione l'anamnesi e tener presente che le applicazioni calde lo alleviano e lo abbreviano. Lo stesso può dirsi del catarro intestinale acuto, quantunque qui il dolore sia più diffuso e meno intenso.

L'ulcera gastrica è nei ragazzi straordinariamente rara e la sua sintomatologia è perfettamente analoga a quella degli adulti.

L'ulcera duodenale è notevolmente più frequente, ed è per lo più localizzata al disotto dell'anello pilorico nella parete superiore e posteriore della parete duodenale. L'atrofia costituisce una causa frequente di predisposizione. Per lo più manca ogni sintoma e si manifesta con le emorragie o con la perforazione. Quest'ultima difficilmente può essere scambiata con l'appendicite, perchè la sintomatologia è così grave da non consentire indugio per l'operazione.

L'occlusione intestinale, che nei ragazzi è per lo più dovuta ad invaginazione, dà frequentemente dolori nella regione ileo-cecale, e talvolta la diagnosi differenziale si fa solo all'operazione.

Nei ragazzi l'occlusione è provocata da tumori, corpi estranei (elminti), ulceri tifose e tubercolari ed anche da emorragie, come può avvenire nella porpora addominale di Henoch. Quest'ultima può simulare un'appendicite: il ragazzo ha improvviso dolore nella regione ileo-cecale, vomito, stipsi, febbre alta, difesa muscolare. Manca però il caratteristico punto dolente alla pressione. Del resto il quadro clinico generale (emorragie sottocutanee, sottomucose, articolari) mette sull'avviso.

Gli ascaridi e gli oxiuri non solo provocano ileo, ma anche una vera appendicite.

Gravi difficoltà diagnostiche offre spesso al principio della malattia la tubercolosi dell'intestino e delle glandule mesenteriche. Quest'ultima affezione provoca dolori ora colici, ora persistenti, che il ragazzo localizza nella parte superiore dell'addome o alla regione ileo-cecale, il che fa pensare all'appendicite. Ma la presenza di masse bitorzolute e sensibili alla pressione, la febbre etica, il grave deperimento spesso in contrasto con la tumefazione dell'addome indirizzano all'esatta diagnosi.

La colelitiasi e la colecistite non presentano difficoltà per la diagnosi differenziale data la loro rarità nei ragazzi.

Talvolta la poliomielite acuta nel periodo iniziale può far pensare all'appendicite in considerazione del fatto che essa può accompagnarsi a vomito, sintomi gastro-intestinali, iperestesia della cute e dei muscoli al principio localizzati solo all'addome. La tendenza al sudore, la ulteriore particolare iperestesia muscolo-cutanea, l'indebolimento di uno o più riflessi, la paresi fanno fare la giusta diagnosi.

Un'altra malattia che può dare sintomi pseudoappendicitici, è l'osteomielite dell'ischio e del fe-

more destro, perchè al principio si manifesta con febbre alta, vomiti, diarrea, dolori addominali, specie alla parte inferiore destra, e flessione della coscia. Il dolore che si accentua ad ogni movimento dell'arto, per modo che questo è tenuto fissato, la mancanza di difesa muscolare nella regione ileo-cecale e del caratteristico punto dolente alla pressione, il dolore alla pressione ed il gonfiore dell'osso, nonchè il reperto radiologico, fanno fare la giusta diagnosi.

Analoghe considerazioni si possono fare per la coxite.

Talvolta l'ascesso acuto dello psoas può provocare un essudato periappendicitico. Anche in tali casi il reperto della palpazione è uguale, e c'è flessione e leggera adduzione dell'arto inferiore destro, febbre e dolore. Quando c'è il focolaio primitivo alle vertebre la diagnosi è facile. Altrimenti la diagnosi differenziale si fa in base all'esame accurato e vagliando opportunamente ogni sintoma.

Talvolta il testicolo ectopico può dare sintomi pseudo-appendicitici. L'esame dello scroto metterà sull'avviso.

Nei disturbi della secrezione e della motilità dello stomaco si possono avere dolori localizzati alle regioni epigastrica ed ombelicale. All'esame chimico dello stomaco si trova per lo più ipocloridria.

Nelle anemie d'ogni specie, sopra tutto nella tubercolosi pulmonare e nella clorosi, possono aversi gastralgie con caratteri analoghi a quelli dell'ulcera gastrica.

Negli stadi acuti della colite muco-membranosa si possono avere dolori addominali diffusi, violenti, colici, talvolta con vomiti ed anche con fenomeni di collasso. Il caratteristico aspetto delle feci fa fare l'esatta diagnosi.

Talvolta i dolori addominali sono provocati dalla permanenza nell'intestino di scibale dure.

Le cistiti e le pieliti possono dare una sintomatologia generale e locale analoga a quella dell'appendicite. La diagnosi giusta si farà in base all'esame delle urine, che non deve essere mai trascurato per evitare possibili errori.

La calcolosi renale è nell'infanzia rara. Essa può dare dolori addominali intensi ed improvvisi, vomiti e sintomi di paralisi intestinale riflessa, tanto da potere essere scambiata con l'ileo. È importante che le coliche derivanti da affezioni del rene, della cistifellea, del pancreas e del fegato sono caratteristiche per il fatto che il dolore in esse non ha delle esacerbazioni continue, compare improvvisamente, raggiunge e persiste nel suo massimo per tutta la durata dell'accesso, e scompare rapidamente. Le coliche derivanti dall'intestino invece durano soli pochi minuti, rimangono breve tempo al massimo, cadono per ricomparire dopo breve pausa e lasciando sempre una dolenzia continua.

C) Nell'infanzia si possono avere dolori addominali in casi di pericardite e miocardite acuta. L'esame del cuore consente di svelare la loro origine. Anche nelle paralisi cardiache difteriche si possono avere dolori addominali violenti, improvvisi. La causa di questi dolori è oscura.

La pulmonite incipiente può presentare sintomi analoghi all'appendicite e presentare difficolta diagnostiche specie quando i focolai pneumonici sono piccoli e centrali. Nell'appendicite in genere non si hanno mai temperature così alte (oltre 39°) come nella pulmonite, nella quale peraltro i dolori spontanei ed alla pressione non sono così forti come nell'appendicite. Si può avere anche tensione dei muscoli addominali, che è in rapporto alla temperatura. La pressione profonda è meglio sopportata del tocco superficiale. La frequenza della respirazione in contrasto con quella del polso, la tosse, l'erpete labbiale, la mancanza del riflesso patellare, la presenza dei riflessi addominali di destra parlano per la pulmonite.

Anche nelle infezioni (influenza, parotite, malaria, poliartrite, sepsi, tifo, dissenteria) si possono avere dolori addominali. La dissenteria con febbre, vomiti e dolori addominali può essere scambiata con l'appendicite, specie se al principio della malattia c'è dolorabilità alla pressione dell'addome. La mancanza di difesa muscolare, il tenesmo e l'aspetto delle feci sono caratteristici della dissenteria. Nel tifo c'è leucopenia e polso lento, mentre nell'appendicite c'è leucocitosi e tachicardia.

D) I dolori addominali possono costituire pure disturbi nervosi non legati ad alcuna affezione degli organi cavitari (coliche ombelicali di Friedjung e Moro). Verisimilmente questi disturbi sono in rapporto a spasmi (vagotono) intestinali. I ragazzi (per lo più tra 3 e 10 anni di età) accusano dolori ricorrenti alle regioni epigastrica ed ombelicale, senza però un'esatta localizzazione. L'anamnesi, l'esame e l'ulteriore osservazione dimostrano che si tratta spesso di soggetti nervosi, ereditariamente tarati, che vivono in un ambiente sfavorevole e con cattiva educazione. La durata, l'intensità e la periodicità degli accessi è variabile. In tali casi l'atropina giova molto. Si ritiene da qualcuno che anche in tali casi si tratti di appendicite cronica, per cui è sempre consigliabile l'operazione che comunque avrebbe notevole effetto suggestivo.

DR.

VASI SANGUIGNI.

La cura delle arteriti obliteranti degli arti.

(RAVAULT. *Journ. de Méd. de Lyon*, n. 172, 20 avril 1927).

Le cause precise che provocano la maggior parte di questi processi sono oscure, onde le cure etiologiche che sono sempre più ricche di successi sono scarse, in ogni modo i nostri mezzi terapeutici possono essere di varia natura, e cioè: medici, fisioterapici e chirurgici.

1) *Terapia medica*: *a*) cura etiologica: in prima linea va messa la cura antisifilitica. La sifilide deve in tutte le forme di arteriti essere sospettata e va accuratamente ricercata. L'A. loda il bismuto, e, contrariamente a Guillaume, ritiene che anche l'arsenico sia efficace. Il mercurio e lo ioduro sono utilissimi. Le forme dolorose, i disturbi di ipoirrigazione senza sfacelo, le claudicazioni intermittenti risentono molti vantaggi dalla cura specifica. Le forme con gangrene risentono meno, ma ciò potrebbe dipendere da un fattore settico associato.

Nei casi con infezioni secondarie si può tentare la sieroterapia anticangrenosa. Anche la vaccino terapia e la proteinoterapia sono state lodate. Gli AA. americani consigliano una cura scrupolosa dei focolai d'infezione dentaria e tonsillare, che secondo le loro vedute manterrebbero una setticemia attenuata, causa di trombosi arteriose.

È stato consigliato il salicilato di soda e il chinino in forme che si è ritenuto potere rispettivamente attribuire a infezione reumatica (?) e malarica.

Anche più difficile è una cura razionale ed utile delle lesioni da arteriosclerosi. Si dovrebbe fare una prova di cura antisifilitica, poi tutti si riduce alle solite norme igienico dietetiche e medicinali note. Il siero iperalcalino di Trunecek ha fatto il suo tempo; il regime ipocalcico sembra inattivo, invece con l'insulina si sarebbero avuti dei risultati.

b) terapia anticoagulante: si citano vantaggi con uso di iniezioni saline ipertoniche. Ha anche buoni effetti il citrato di soda (2 per 100) nelle vene.

c) terapia vasodilatatrice: comprende il nitrito di soda, la trinitrina, il tetranitrato di eritrolo; i risultati non sono bene evidenti e spesso si hanno disturbi: vomiti, cefalee, lipotimie. I joduri avrebbero buoni effetti a distanza di tempo.

2) *Fisioterapia*. — I bagni caldi hanno effetto sedativo ma temporaneo, possono essere seguiti da esacerbazione dei dolori, e macerano i tessuti favorendo le cangrene.

Le doccie, lozioni fredde e la meccanoterapia sono utili all'inizio. I bagni carbogassosi danno buoni effetti. Erb consiglia il bagno galvanico. Molto utile pare l'aria calda. L'elioterapia se bene condotta può dare qualche vantaggio. La diatermia dà effetti molto notevoli, ottimi sopratutto nelle cangrene umide infette, e nelle forme diabetiche specie se si associa all'insulina.

È stata anche tentata la radioterapia che agirebbe sopratutto contro il dolore (Philips e Tunick). Lo stesso effetto avrebbe il cloruro di radium per iniezioni endovenose (Brown).

3) *Terapia chirurgica*: comprende: *a*) interventi sulle arterie: cioè arteriotomie e anastomosi artero-venose; inutili nel più dei casi sarebbero vantaggiose solo nelle embolie.

b) interventi sul simpatico: cioè la simpaticectomia periarteriosa alla Leriche e le iniezioni periarteriose di alcool. Non hanno dato risultati notevoli e poi solo transitorii.

È stata anche consigliata (Adson) la resezione del 2°-3°-4° ganglio lombare che determina una vasodilatazione notevole delle estremità.

c) interventi sui tronchi nervosi comprendono: l'alcoolizzazione dei nervi, le anestesie regionali, le iniezioni epidurali, la radicotomia posteriore, e le nevrotomie periferiche. Tutti questi interventi calmano bene il dolore ma hanno scarsi altri effetti.

d) interventi sulle surrenali: basati sulla teoria di Von Oppel secondo cui molte cangrene arteriose spontanee dipenderebbero da uno spasmo periferico permanente dovuto a iperfunzione delle surrenali (cioè a iperadrenalinemia); onde egli consiglia la surrenalectomia unilaterale. La base fisiologica su cui riposa questa operazione è troppo discutibile.

e) intervento sui tessuti in sfacelo o ischemici: comprende incisione di accessi o di flemmoni, amputazioni. La sede a cui si deve amputare rappresenta la questione più importante. È necessario tenersi fuori della zona di ipoirrigazione che circonda sempre per un certo tratto la sede della necrosi. Si ricorre per stabilire questa zona a vari metodi: cioè alla stria vasomotoria di Cosasexo, alla prova della turgescenza delle vene superficiali di Tuffier e Hallion, alla prova di Moskowitz che consiste nell'abbassare l'arto dopo averlo tenuto sollevato per uno o due minuti, e nell'osservare fino dove è invaso da iperemia. Cadenat, Bailliat e Mériel hanno eseguito una radiodiagnosi con iniezioni endovenose di lipiodol.

Passati in rivista tutti i nostri mezzi terapeutici, gli AA. schematizzano il comportamento da seguire nei vari casi:

1) *arteriti stenosanti o obliteranti senza can-*

grena ischemica: cioè nelle forme dolorose, e con sole turbe vasomotorie. Prognosi discreta. Cura: prescrizioni igienico-dietetiche, esercizi moderati, bagni carbo-gassosi, cura antiluetica se del caso. La diatermia qui non darebbe molto. Nei casi dolorosi ribelli, simpaticectomia periarteriosa o nevrotomia. Nei mali perforanti e nella sindrome di Raynaud operazione di Leriche.

2) *arteriti progressive con gangrena parcellare distale*. Cura, etiologica se possibile; la diatermia e la simpaticectomia sono senza effetti Amputare il più tardi possibile. Medicazioni antisettiche con balsamo del Perù e vino aromatico. È molto efficace l'aria calda.

3) *trombosi obliteranti a decorso rapido con cangrena estesa*. I mezzi medici sono scarsi di effetti: se si può attendere si tenti la diatermia, le iniezioni di insulina, e il siero anticangrenoso Se no amputazione secondo le norme.

4) *cangrene arteriose dei diabetici*: risultati ottimi con cure di insulina prolungate e associate a diatermia in sedute quotidiane e ripetute

L. TONELLI.

L'embolia gassosa venosa e arteriosa.

(*Hutter. Mit. a. d. Grenz. d. Med. u. Chir.*, 1927)

Il sangue contiene normalmente disciolti i gas dell'aria in una quantità proporzionale alla pressione atmosferica: se la quantità di gas introdotti è superiore, questi rimangono indisciolti sotto forma di bolle. I polmoni le possono utilizzare per gli scambi respiratorii e pertanto se l'introduzione di gas è lenta non si hanno inconvenienti gravi, se è rapida si hanno anche con quantità non molto grandi, fenomeni di embolia che possono giungere alla morte.

Dalle ricerche sperimentali risulta che i polmoni hanno l'ufficio di trattenere e di eliminare i gas e funzionano quasi come valvole; sempre però entro certi limiti. Esistono infatti delle quantità stabilite per peso del corpo e specie di animale, oltre le quali si hanno fenomeni di embolia mortale ed altre di disturbi passeggeri. Secondo Richter nel cane si avrebbero i primi disturbi dopo l'introduzione di 20 cmc., la morte dopo 250 cmc.; nel cavallo rispettivamente 1000 cmc. e 8000 cmc.

La via d'entrata in circolo è nella maggior parte dei casi la via venosa e le modalità sono svariatissime.

Nelle operazioni sulle estremità, benchè non ano fra le cause più frequenti (forse per la stanza dal cuore?); nelle manovre sugli organi genitali femminili: irrigazioni, tentativi di aborto, parto (sembra che nei casi di inerzia uterina sia possibile dai vasi beanti l'entrata di aria nel grande circolo); negli interventi sulle vie urinarie (sopratutto per l'insufflazione di aria in vescica (Görning ne riunì 9 casi mortali); negli interventi sull'addome (stomaco, fegato) e sul sistema nervoso centrale nel pneumoperitoneo.

Eiselsberg ha avuto 1 caso di embolia per operazione sul midollo, Clairmont, Eiselsberg, ecc., per interventi sul cranio sopratutto quando vengano lesi i seni venosi; sulle cavità della faccia; sul collo (molto numerosi sopratutto nelle strumectomie come è noto da gran tempo, a causa della vicinanza della cava superiore e della beanza delle vene del collo). Ma la maggior parte di casi di embolia si debbono ad interventi sul torace. Qui pure si sono verificati i soli casi noti, ma sempre molto gravi, di embolia arteriosa. L'occasione più frequente è fornita dal pneumotorace terapeutico. Benchè la percentuale sia generalmente assai bassa, dato il gran numero di insufflazioni di ossigeno si ha sempre un numero di casi non trascurabile di embolie.

In vari casi essendosi punti i rami arteriosi che irroravano le aderenze pleuriche, si sono avute embolie gassose arteriose rapidamente mortali, in altri casi l'ago-cannula inietta il gas in una diramazione delle vene polmonari e le bolle gassose dall'orecchietta S. raggiunsero l'aorta e le arterie cerebrali. Ranzi ha pubblicato nel 1903, 4 casi di embolia arteriosa in operati per ascessi polmonari, empiemi, bronchiectasie.

Le bolle di aria possono anche seguire un decorso retrogrado: così aria inspirata dalla giugulare fu trovata nei vasi mesenterici e nelle vene sopraepatiche.

Walcher (*Mitteilungen a. d. Greuz. d. Med. u. Chir.*, 1926) ha potuto eseguire 15 autopsie in donne morte per embolie gassose post-partum o dopo aborti procurati, ha trovato la persistenza del forame di Botallo in 5 casi. Anche Ranzi, Clairmont, Eiselsberg, Gold ed altri trovarono in casi di morti per embolia la persistenza del forame di Botallo. L'importanza di questi reperti è data dal fatto che attraverso a questa comunicazione l'aria inspirata dal sistema venoso può passare direttamente in quello arterioso senza passare attraverso al filtro polmonare, e quindi causare disturbi più gravi e anche mortali.

Il meccanismo d'azione è ancora discusso e i reperti anatomo-patologici non hanno un valore assoluto perchè essendo eseguiti generalmente a distanza dall'accidente mortale, e spesso senza le dovute cautele, è mancato nel più dei casi il dato sicuro di trovare le bolle d'aria negli organi circolatori, respiratori o nei centri nervosi. (Klose, Zeidler, v. Jacken). Si sono pure trovate assai spesso lesioni dei centri; e la radioscopia ha dimostrato, durante la vita del paziente, la pre-

senza dell'aria negli organi in questione. Si è anche ricorso alle ricerche sperimentali sugli animali. Sulla base di essi Colle ritiene che la causa della morte debba assegnarsi al riempimento delle cavità cardiache con aria. Altri autori assegnano una notevole importanza all'entrata dell'aria nelle art. coronarie che avrebbe l'effetto di arrestare dopo un lasso di tempo variabile, i battiti cardiaci. Infine la presenza di lesioni sui centri nervosi riscontrate in numerose autopsie di individui morti per embolia, sottolinea l'importanza decisiva che gli emboli gassosi anche piccoli possono avere quando giungano alle arterie dell'encefalo. Anche in vita fu constatato da Brauer amaurosi da un solo lato per riempimento d'aria dell'art. della retina.

I sintomi consistono essenzialmente in un sibilo prolungato, un rumore di glu-glu che produce l'aria entrando nella vena; al cuore: in un rumore paragonato a quello della ruota da mulino; e come segni di carattere generale: pallore, dispnea intensa o aumento della frequenza e della profondità del respiro, senso di angoscia, polso piccolo, frequentissimo, movimenti convulsivi, scosse tetaniche.

La terapia dell'embolia è assai scarsamente efficace, la migliore terapia è quella profilattica: quindi molto riguardo nel sezionare i vasi, sopratutto al collo, nelle iniezioni di gas, nel pneumotorace terapeutico, nel riempimento con gas della vescica, nel pneumoperitoneo, ecc.

Quanto ai tentativi fatti di cura diretta, si puo ricordare quello di pungere il ventricolo S. ed aspirare l'aria in esso contenutavi, anche sotto il controllo radioscopico (Clairmont). Più semplice è l'infusione nelle vene di notevole quantità di soluzione fisiologica che avrebbe lo scopo, aumentando la massa sanguigna, di spostare e diluire i gas. Anche si raccomanda di praticare un'energica respirazione attivando la funzione polmonare che ha tanta parte nella difesa dell'organismo dall'embolie gassose.

Infine si può ricorrere alla terapia sintomatica a base di eccitanti. Ma è da notare che per l'embolia arteriosa la morte è così rapida da rendere inutili i tentativi di qualsiasi specie.

V. GHIRON.

Medicamenti vaso-costrittori e vaso-dilatatori.

(CH. ABADIE. *Presse Médicale*, maggio 1927).

In presenza di un processo morboso è interessante ricercare la parte che è dovuta alle turbe circolatorie, in quanto tali turbe, prolungandosi, producono delle alterazioni trofiche che si possono fare sparire con l'impiego giudizioso dei medicamenti vaso-costrittori e vaso-dilatatori.

L'A. cita alcuni esempi di gravi malattie di origine vaso-motoria, nelle quali l'uso di preparati vaso costrittori e vaso-dilatatori ha un effetto curativo. Fra le malattie gravi di origine vascolare costrittiva l'A. cita dei casi di cecità unilaterale e bilaterale da spasmo delle arterie retiniche. In questi casi l'iniezione di un milligrammo di atropina nella cavità orbitaria o sotto la congiuntiva permetterà di confermare l'origine spasmodica dell'affezione. Posta la diagnosi di atrofia spasmodica, continuando a prescrivere l'atropina la visione si ristabilirà progressivamente.

Come esempio di affezione di origine vaso-dilatatoria l'A. cita il glaucoma, affezione determinata, secondo quanto l'A. stesso da più tempo sostiene, da una vaso-dilatazione del sistema vascolare dell'occhio. Egli da qualche tempo ha trattato tutti i casi di glaucoma con medicamenti vaso-costrittori, con risultati buoni, anche nei casi di glaucoma cronico semplice senza ipertensione apprezzabile.

L'A. ritiene che nella zona oftalmica le turbe trofiche cutanee siano dovute ad una vaso-dilatazione eccessiva delle arteriole e dei capillari delle papille dermiche della regione, alterazione che viene provocata dall'azione del virus erpetico sul simpatico della regione. Queste eruzioni locali circoscritte si estendono qualche volta su tutto il corpo, come in certe forme di pemfigo, ed hanno anche in questo caso la stessa origine. A conferma di tale idea l'A. ricorda dei casi di sua osservazione di pemfigo generalizzato assai grave, guariti con l'uso di medicamenti vaso-costrittori.

TOSCANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

G. L. SACCONAGHI. *La diagnosi clinica dei tumori addominali.* 2ª ediz., pag. XIV-432. Bologna, Zamboni, 1927. L. 120.

L'autore, primario degli Ospedali civili di Brescia, presenta il suo libro in una caratteristica prefazione e dice che ha creduto opportuno pubblicare in una nuova edizione il suo libro *rinnovato a modo, secondo il progresso dei tempi e più ancòra secondo la maturata sua esperienza*: *e pur emendare ha voluto e rifondere con larghezza*, omettendo *ogni nota bibliografica, aggiungendo in quella vece non poche figurette illustrative.*

L'autore ha dunque, con istile classico italiano, suddiviso la materia del suo volume secondo uno

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

schema maturato da più anni. Determinato il concetto clinico del tumore addominale, descrive i reperti della palpazione dell'addome e dei suoi visceri così come normalmente si riescono ad apprezzare. Passa poi a descrivere, con uno straordinario buon senso critico e clinico, i reperti obbiettivi ottenuti nelle diverse affezioni, siano frequenti che rare. Poichè anche delle malattie meno comuni è dato almeno un cenno, a giorno dei risultati e delle cognizioni più moderne. Non solo non sono dimentichi i tumori apparenti e a fantasma, quelli spostabili e quindi di difficile diagnosi di sede, ma è ricordata la ascite in rapporto coi tumori dell'addome e le distopie classiche del rene, della milza, del fegato.

Seguono i tumori del fegato e della cistifellea, della milza, dello stomaco e dell'intestino, del pàncreas, del rene, dell'uretere, del surrene, dell'aorta, del grande omento, del mesentere, del peritoneo e quelli retroperitoneali.

Chiude il libro un cenno sui tumori addominali, degli organi del piccolo bacino e delle pareti. L'autore congeda il libro confidando nella *molta benignità* degli *aristocratici, ai quali il dettar clinico vuol essere mozione serrata d'idee concrete, no solleticazione ghiribizzosa della fantasia e non pur ninnananna a continuo ritornello.*

ERMANNO MINGAZZINI.

A. PREDIERI. *Compendio di traumatologia teorico-pratica.* Edit. Vallardi, Milano, 1926. Pag. 490, 374 fig. III Ediz. L. 70.

La biblioteca del Medico italiano si arricchisce con questo libro del Predieri di una opera completa di Traumatologia. L'A. che nelle precedenti edizioni aveva raccolte le lezioni che svolge da un trentennio in un corso libero di traumatologia, ha voluto, e vi è riuscito magistralmente, dare alla nuova edizione la forma di un trattato.

Il libro rileva subito la compiutezza di studio del teorico e una vasta esperienza acquisita direttamente al letto del malato. Lo stile è piano e facile, la trattazione dei singoli argomenti è completa pur mantenendosi in limiti non troppo estesi. Con cura particolare è trattato in ogni capitolo il problema della terapia: le indicazioni sono nette e precise e il lettore non trova difficoltà a orizzontarsi in questa parte della traumatologia che ne rappresenta certamente il capitolo più discusso.

Numerose figure illustrano esaurientemente il testo. Una lode all'editore per la bella veste tipografica.

VALDONI.

SCHEFFLER. *Beobachtungen und Ergebnisse bei einer fünfjährigen Frakturbehandlung.* Pag. 85. Edit. Springer, Berlino, 1927, Mk. 3.

Un nuovo contributo a una questione che si agita da anni ed è sempre aperta: il trattamento migliore delle fratture. L'A. porta i risultati di una vasta esperienza fatta nell'ospedale di Bochum sotto la direzione di von Brunn. Vengono descritti i metodi di cura usati nelle singole fratture, quasi sempre metodi incruenti e vengono riportati per esteso i risultati lontani ottenuti anche nei rapporti medico-legali.

L'estensione continua è stata usata nelle fratture del femore e nelle fratture di difficile riduzione, in tutti gli altri casi è stato preferito l'apparecchio gessato quasi sempre a doccia. Sempre sono stati iniziati al più presto i movimenti passivi e attivi.

VALDONI.

MEDICINA SOCIALE.

Lavoro monotono, artigianato e dopolavoro.

Alcùni problemi di medicina sociale sono stati posti al primo piano della vita politica. Il Capo del Governo nel suo ultimo discorso ha prospettato i pericoli che minacciano l'integrità fisica e psichica della nostra razza ed ha manifestato la volontà d'incrementare le vecchie, e creare nuove provvidenze atte a ridurre o ad eliminare le conseguenze sociali di alcune malattie. Saranno così adeguatamente affrontati i problemi della tubercolosi, del cancro, dell'alcoolismo.

Il nostro Governo non ha mancato di avvisare ed apprestare i mezzi atti a ridurre i danni fisici e psichici che l'industria moderna apporta agli operai precipuamente con la monotonia del lavoro.

L'opera del dopolavoro e l'incremento dell'artigianato, oltre alle finalità politiche ed economiche, sono essenzialmente indirizzati a questo scopo.

In un altro precedente numero di questo periodico è stato riferito come questa quistione sia stata ampiamente discussa alla *British Medical Association* e come Hudson Davies ne abbia precisato i termini suggerendo anche gli espedienti pratici atti a ridurre gli inconvenienti.

In Italia se ne discusse al Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro del 1924, ed il prof. Donaggio in una dotta relazione espose come e per quali ragioni il lavoro macchinale è di pregiudizio alla salute degli operai, ne alteri il carattere e preconizzò il ritorno all'artigianato.

Già precedentemente lo stesso Donaggio nel 1922 aveva richiamato l'attenzione sul fatto che

l'industria moderna obblighi gli operai ad un lavoro con caratteri così evidenti di monotonia, di automatismo, di dissociazione tra la personalità psichica del lavoratore ed il prodotto lavorativo, da costituire una condizione sfavorevole a quella normale cooperazione degli elementi psichici, che, invece, è palese nel lavoro integrale, ossia artigianale. Auspicava pertanto che parallelamente al lavoro industriale, imposto dalle insopprimibili esigenze della vita moderna, si avverasse la rinascita del glorioso artigianato italiano, per vantaggio economico, per risveglio del sentimento estetico, per igiene psichica, per la preservazione del genio della stirpe.

Il lavoro macchinale, scrive il Donaggio, spezza l'armonia che, seppure embrionale, esiste in lavori anche umili ma spontanei, e che lega la psiche all'atto compiuto. Questa disarmonia o dissociazione tra personalità del lavoratore e prodotto lavorativo fa mancare ogni interessamento o affetto all'opera che compie, e paralizza ogni spirito inventivo. Nel lavoro artigianale, invece, c'è perfetta colleganza tra pensiero ed azione, ed il compimento dell'opera è suscitatore di nuove associazioni, induce un senso di soddisfazione che si riverbera su tutto lo strato sentimentale ed ideativo con le conseguenti favorevoli ripercussioni su tutta la personalità. Lo stesso sforzo, che è cosa ben differente dalla fatica, è una condizione favorevole alla migliore esplicazione della mentalità.

Ma tutti i vantaggi dell'artigianato non riescono a sopraffare la prevalente necessità del lavoro industriale. Le esigenze della civiltà moderna in nessun modo potrebbero essere soddisfatte dai prodotti, sia pure più perfetti, della mano e dell'intelligenza dei singoli.

D'altra parte conviene considerare che la grande industria con tutti i suoi danni, di cui gli operai non sempre sono consapevoli, offre ai lavoratori maggiori vantaggi materiali, rende loro la vita più facile. Gli operai delle grandi fabbriche oltre la paga quotidiana godono di altri benefici forniti dalle organizzazioni sociali, senza dire dei diritti assicurativi garantiti dalla legge. L'artigiano isolato deve invece superare ogni genere di difficoltà a cominciare da quella dell'alloggio e della bottega a finire a quella di collocare il prodotto del suo lavoro. Al riguardo va notato che la produzione dell'artigiano non può essere a buon mercato e qualunque sia la finitezza del suo elaborato sarà sempre sopraffatta dal prodotto macchinale.

L'artigianato adunque non può sostituire l'industria, può, se mai, integrarla. E ciò è tanto più auspicabile e possibile in Italia, dove la deficienza di materie prime rende l'attività industriale più difficile, mentre più fine è il senso artistico, più spiccata è la personalità individuale dei nostri lavoratori.

La quistione quindi di porre rimedio ai danni derivanti dal lavoro monotono rimane anche se l'artigianato avrà l'auspicato sviluppo. Al riguardo sono stati proposti vari espedienti: interruzione periodica del lavoro durante il giorno, turni di lavori diversi, selezione degli operai più adatti al lavoro uniforme, ecc.

Riteniamo che notevoli benefici possano essere dati dall'Opera del Dopolavoro. Quest'istituzione deve essenzialmente correggere i nefasti del lavoro monotono, automatico: eccitare lo spirito d'iniziativa, ridestare l'interesse per tutte le manifestazioni della vita, ridare in una parola ai lavoratori il senso della propria personalità.

È ovvio che tali risultati non si possano ottenere con quelle provvidenze dopolavoristiche intese a fornire agli operai svaghi e divertimenti, diciamo così, passivi, quali possono essere dati dalle rappresentazioni teatrali e cinematografiche, dai concerti, dall'assistenza a gare sportive e simili.

Questi svaghi possono costituire ottimi mezzi per allontanare gli operai dai piaceri nocivi e occupare il loro tempo, possono anche riescire profondamente istruttivi e staccare gli animi dalla realtà dolorosa o noiosa, ma non contribuiscono gran che a sviluppare la personalità e meno ancora incrementano la produzione nazionale.

Il dopolavoro può essere anche un altro lavoro: un lavoro piacevole, che ecciti l'immaginazione e desti interesse, un lavoro nel quale la personalità sia tutta tesa verso il perfetto compimento dell'opera. Niente di male, anzi tutto per il meglio se questo lavoro riesca proficuo anche economicamente.

L'artigianato potrebbe così risorgere non solo come mezzo esclusivo per provvedere ai bisogni dell'esistenza, per il che pare problematico che possa riacquistare un largo sviluppo, ma come mezzo sussidiario del lavoro industriale, e come mezzo di riparazione dei danni apportati dal lavoro monotono delle grandi industrie.

Il lavoro è la gioia più schietta della vita perchè ci allontana dalla realtà, soddisfa uno dei nostri istinti più profondi, quello di superare, di eccellere, di vincere, e dà l'intimo compiacimento di produrre e guadagnare.

Il lavoro monotono non procura generalmente nessuno di questi stati e sentimenti.

Lungi dal distaccare dalla realtà esso avvicina ad esso: la mancanza di ogni interesse, di qualsiasi contributo speciale della personalità e di sforzi attentivi fa sì che la mente si rifletta sulle proprie miserie e sulle proprie deficienze, donde

uno stato di tristizia e di depressione, che si cerca di naufragare nell'alcool o che si estrinseca con uno stato d'inquietudine, di malessere, di rivolta.

L'uniforme grigiore e la modestia del lavoro non consente lotte e gare per superare gli altri e il contributo individuale al compimento dell'opera sfugge alla consapevolezza di chi compie atti uniformi e senza coefficiente personale.

Il Governo fascista ha provveduto ad istituire il dopolavoro e ad incrementare l'artigianato. Migliori provvidenze non si potevano escogitare per ovviare i danni del lavoro macchinale. Ma perchè l'artigianato possa prosperare esso non deve costituire solo fine a se stesso, ma deve integrare il lavoro industriale. E perchè il dopolavoro risponda ai suoi scopi, deve sì facilitare gli svaghi ed i divertimenti non nocivi, ma deve anche procurare che negli operai si ridesti l'amore e l'interesse per il lavoro individuale per modo che questo costituisca non solo un ristabilizzatore dell'equilibrio turbato dal lavoro monotono ed un fattore gioioso di svago, ma anche un potente ausilio per l'economia individuale e nazionale.

G. DRAGOTTI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia di Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 19 giugno 1927.

Presidenza: Prof. G. IAPPELLI, presidente.

Micetoma del palato.

Prof. MARIO BATTAGLIA. — Presenta un importante caso clinico e riferisce sopra il reperto microscopico col quale ha posto in evidenza un ifomicete della molteplice e varia famiglia dell'Oospora. Propone la dicitura di Eumicetoma.

Estirpazione del ganglio cervicale superiore del simpatico in otopaziente.

Prof. GIUSEPPE CALOGERO. — L'O. presenta un ammalato in cui ha estirpato il ganglio cervicale superiore del simpatico per alcuni disturbi vasomotori e sensitivi della faccia che si suppose potessero essere anche la causa se non unica, non trascurabile di una notevolissima sintomatologia a carico dell'orecchio (ronzii, sibili, fischi ed accenni a vertigine). L'O. avanza e spiega sulla scorta della storia clinica e con l'aiuto delle più moderne acquisizioni della fisiopatologia del sistema nervoso vegetativo l'ipotesi che le vertigini con le quali si aprì la scena dell'attuale sindrome auricolare nel suo paziente siano state provocate da stimoli abnormi sul simpatico cervicale.

Dopo l'asportazione del ganglio cervicale superiore le paracusie cessarono completamente nell'orecchio del lato operato. L'O. attribuisce tale scomparsa a migliorate condizioni circolatorie dell'organo, alterate dall'iperfunzione vaso-costrittrice delle fibre provenienti dal ganglio cervicale superiore, in stato di irritazione per condizioni locali rivelatesi all'atto operativo. Questa spiegazione è stata confermata dal fatto che mentre prima dell'operazione nell'orecchio dell'infermo si risvegliavano fortissimi ronzii con la pressione su di un punto qualsiasi del territorio innervato dal trigemino (probabilmente per il tramite delle fibre vasocostrittrici contenute in questo nervo) dopo l'intervento il fenomeno non si ebbe ad osservare più. Persiste ancora nell'orecchio del lato non operato.

Degna di nota ancora è la rinite crostosa seguita nella narice corrispondente al lato operato dopo l'intervento, perchè rappresenta un notevole contributo nel problema dell'innervazione simpatica delle fosse nasali e della patogenesi dell'ozena.

L'esame istologico del ganglio ha rivelato un accentuato processo di simpatoganglionite a decorso cronico con avanzata trasformazione in simpatogangliosclerosi.

A. CHISTONI, *segretario.*

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 27 maggio 1927.

Presidenza: prof. M. DONATI, presidente.

I micoplasmi (proposta di denominazione di alcuni ultravirus e particolarmente dell'ultravirus tubercolare).

CASAGRANDI O. — L'O. fa presente come nel ciclo dei batteri propriamente detti non si possano negare stadi di invisibilità.

Egli chiama lo stadio di invisibilità stadio dei germogeni o germociti rispondente al criptantigeno di Friedberg. Espone le indagini fino ad ora eseguite sui cocchi e sui vari batteri fermando l'attenzione sul bacillo di Eberth e sul bacillo di Koch. Esperimenti colle amebe hanno portato l'O. a trovare che in esse il bacillo di Eberth scompare mentre i filtrati divengono capaci di ridare in cultura il bacillo.

Nello stesso modo le amebe si comportano rispetto al bacillo tubercolare previo sceramento. Prendendo in esame il B. della tbc. l'O. per un orientamento nelle ulteriori esperienze ha fatto tesoro di ricerche da lui eseguite in bruchi nei quali trovò che il B. della tbc. viene scerato e poi distrutto dai macronucleoliti. I bruchi pestati e tritati e poi filtrati danno un materiale che inoculato nelle cavie determina iperplasia ghiandolare trasmissibile e qualche volta anche con reperto di bacilli acido-resistenti. Queste esperienze hanno indotto l'O. a esperimentare le culture scerate che otteneva col metodo Arloing in confronto colle ordinarie a germi acido resistenti. Ora mentre queste ultime filtrate previa o no triturazione e pro-

venienti da terreni ordinari o da terreni catalizzati non hanno mai dato luogo negli animali a fenomeni degni di nota, le altre filtrate trasformate in terreni catalizzatori e rifiltrate hanno dato luogo ad iperplasia ghiandolare trasmissibile con reperto di bacilli acido-resistenti dal terzo al quinto passaggio.

I germociti quindi secondo l'O. si generano dalle culture scerate con opportuno trattamento delle stesse. Dal comportamento poi dei germociti negli elementi cellulari (ad esempio nei leucociti come ha esperimentato l'O.) dove non producono alcun fatto degno di nota fino alla formazione dei bacilli acido-resistenti, l'O. crede che si verifichi una simbiosi tra germociti e plasma. Lo stato micoplasmico risponderebbe ad uno stato particolare di infezione senza malattia dimostrabile (a parte le prove sierologiche spesso negative) con la prova della labilità serica.

L'O. propone quindi di ascrivere il B. della tbc. al nuovo gruppo dei micoplasmi.

DONATI M. — L'O. rileva l'importanza delle ricerche del Casagrandi specialmente per quanto riguarda le infezioni latenti.

PARI G. A. — L'O. richiama la grande importanza che secondo AA. recenti specialmente francesi, avrebbe l'infezione da virus filtrante tubercolare nelle determinate ipotrofie nei nati da madre tubercolosa. Così che si intravvede che gli studi su questo virus porteranno importanti contributi alla questione dei rapporti reciproci tra l'infezione tubercolare e la costituzione morfologica del predisposto. È un vecchio concetto italiano che va dal Maffucci ad Andrea Ferrannini che l'infezione tubercolare della madre possa determinare ipotrofie nel figlio con particolari note morfologiche. Gli studi sul virus ultrafiltrabile possono portare nuova luce su questo argomento pure schiettamente italiano della predisposizione costituzionale morfologica alla tubercolosi.

Inoculazione della febbre ricorrente africana nei postumi di encefalite epidemica.

PARI G. A. — L'O. riferisce su quattro casi di parkinsonismo post-encefalitico in cura coll'inoculazione sperimentale di treponema Duttoni della febbre ricorrente africana.

In uno l'inoculazione è appena avvenuta. In due la febbre ricorrente è in atto ed in uno la malattia è già al termine con la cessazione da quasi due mesi degli accessi febbrili. Allorchè gli accessi tendevano a scomparire troppo presto (dopo due accessi) il treponema fornito dall'Istituto Sieroterapico Milanese fu reiniettato con effetto positivo.

Una reinoculazione alla cessazione degli accessi dopo due mesi dall'inizio fu invece negativa.

Nel caso già a termine di cura la reazione di Wassermann da negativa divenne debolmente positiva.

La ricorrente fu bene tollerata.

L'O. enumera i vantaggi che presenta l'inoculazione della ricorrente su quella della malaria. Il primo caso curato ebbe ottimo risultato terapeutico. Obbligato da un anno a letto ed incapace di alimentarsi da sè riprese a camminare e ad alimentarsi. Diminuirono i tremori e scomparvero alcune sincinesie come quella dello sporgere la lingua nei movimenti degli arti.

Sul risultato terapeutico degli altri due casi con ricorrente in atto l'O. non potrà riferire che tra qualche tempo.

La farina di soya nell'alimentazione umana
(II comunicazione).

V. DUCCESCHI. — 1) Gli esperimenti di alimentazione con pane misto di frumento contenente il 10 % di farina di soya, compiuti sopra sei soggetti normali, hanno fornito i coefficienti di utilizzazione espressi dai seguenti valori medii percentuali:

Assorbimento totale (secondo il residuo secco delle fecce), 93,72; assorbimento totale (secondo il computo delle calorie), 93,84; sostanze azotate (secondo il computo delle calorie), 83,90; grassi (secondo il computo delle calorie), 94,13; idrati di carbonio (secondo il computo delle calorie), 96,59; sostanze minerali (secondo il computo delle calorie), 68,60.

Questi valori dimostrano che la utilizzazione del pane con il 10 % della farina di soya è pari a quella del pane di solo frumento della migliore qualità.

2) In una seconda serie di ricerche riguardanti l'alimentazione con pane misto di frumento contenente il 20 % della stessa farina di soya, si ottennero i seguenti coefficienti di utilizzazione:

Assorbimento totale (secondo il residuo secco delle fecce), 92,41; assorbimento totale (secondo il computo delle calorie), 92,48; sostanze azotate (secondo il computo delle calorie), 80,30; grassi (secondo il computo delle calorie), 95,70; idrati di carbonio (secondo il computo delle calorie), 97,01; sostanze minerali (secondo il computo delle calorie), 62,53.

L'utilizzazione del pane di soya al 20 % si dimostrò dunque in complesso leggermente inferiore a quella risultata dall'esperimento precedente, pur rientrando nei limiti proprii di una assimilazione assai soddisfacente per il pane bianco.

3) La digeribilità in vitro delle proteine della farina di soya, per mezzo della pepsina cloridrica, risultò del 95,01 %; per la farina di frumento si ottenne una percentuale del 94,26 %.

4) Il processo di estrazione dei grassi non diminuisce la capacità di utilizzazione digestiva per la farina di soya, anzi sembra favorirla.

5) I risultati dei nostri esperimenti sono completamente favorevoli alla panificazione di farina di soya priva di grassi, specialmente se limitata per ora a proporzioni non superiori al 10 % rispetto alla farina di frumento.

6) La farina di soya, quando venga adottata sia per la panificazione che per le altre preparazioni nutritive alle quali essa si presta, costituirà un prezioso apporto di proteine a buon mercato nella alimentazione popolare.

Prof. F. PANCRAZIO.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Adunanza del 30 giugno 1927.

Su alcune formazioni nodulari del bordo pupillare dell'iride riscontrate in un caso di uveite endogena cronica. Loro struttura e significato (con presentazione di 10 microfotografie).

Prof. A. BUSACCA. — L'O. ha avuto occasione di esaminare in vivo e successivamente con le indagini istologiche un'iride che presentava dei noduli grigiastri in parte pigmentati sul margine pupillare, in un caso di iridociclite: l'occhio fu poi dovuto asportare in seguito ad un tumore della coroide. Tali noduli sono proliferazioni del foglietto retinico dell'iride, e come significato è probabile debbano unificarsi con quei fatti proliferativi che si riscontrano a carico del medesimo foglietto retinico del corpo ciliare in alcuni stati infiammatori. Tali formazioni erano limitate alla parte sfinterica.

Sul pane con soia e di soia.

Prof. G. CAPPELLI. — L'O. dimostra la pratica importanza dell'uso della soia nella panificazione, indicando quali siano i metodi migliori a cui deve essere sottoposta la farina di soia per il digrassamento, e quale la proporzione che è utile e quale la massima tollerabile. Egli giunge alla conclusione che l'aggiunta del 10% può essere correntemente impiegata, e che in casi eccezionali si può arrivare a panificare col 15% di soia, non mai oltre il 20%, perchè il pane diviene allora inappetibile e malissimo digeribile.

Meningioma della regione temporale e della base.

Prof. V. PUCCINELLI. — Comunica un caso di tumore, nel quale si può dire che la prima manifestazione sia stata una tumefazione extracranica nella regione temporale. I fatti locali e generali di compressione permisero la diagnosi di tumore intracranico e l'intervento dimostrò la presenza di una massa neoplastica che partiva dalla regione del ganglio di Gasser (a sin.) e si espandeva sopra la dura madre della base cranica e della regione temporale, filtrando poi, senza distruggere l'osso, al di fuori della scatola cranica rivestendo tutta la squama del temporale. L'intervento dovette necessariamente limitarsi all'asportazione del tumore fino alla regione Gasseriana e non oltre, fu seguìto da un rapido miglioramento dei fatti di compressione, ma dopo un mese si ebbero di nuovo i segni della riproduzione neoplastica intracranica. Un energico trattamento con raggi X non ebbe alcun resultato e si è avuta la morte 4 mesi dopo l'intervento. L'esame istologico ha dimostrato la struttura dei cosiddetti meningiomi.

Sul significato dei bacilli pseudo-difterici con particolare riguardo alla xeroftalmia avitaminica.

Dott. G. SAMPAOLESI. — I numerosi ceppi di b. pseudodifterici oltre a caratteristiche culturali e biochimiche proprie, si distinguono altresì per il loro scarso o nullo potere patogeno in confronto col b. difterico. L'O. ha isolato uno di tali germi dal sacco congiuntivale dei ratti bianchi in xeroftalmia avitaminica, che poi ha potuto ritrovare, ma con una frequenza di gran lunga inferiore, anche nei ratti normali, senza alcuna lesione corneale, alimentati a vitto completo; sembra che la frequenza del germe cresca col progredire della avitaminosi. Anche non volendo giungere alla conclusione che la xeroftalmia avitaminica sia causata da questo germe, l'O. ha dimostrato che la diminuzione di resistenza dell'organismo in istato di carenza costituisce una propizia condizione di sviluppo per questo germe ospite normale del sacco congiuntivale del ratto provvisto di una virulenza limitatissima. Mancano dati per affermare che all'aumento di sviluppo si associ un aumento di virulenza.

P. M. N.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 3 febbraio 1927.

Presidenza del prof. N. LEOTTA, presidente.

Sui rapporti fra M. melitense e B. abortus. Ricerche sperimentali.

Dott. SIMONETTI. — L'O. ha esperimentato sui conigli e, sia nei riguardi della fissazione del complemento che del comportamento di fronte allo zucchero, non ha potuto rilevare fra i due germi alcuna differenza. Conclude ritenendo che i due germi costituiscano un unico ceppo diviso in due varietà.

Ricerche sperimentali sopra una nuova iniezione intracardiaca per la rianimazione del cuore e del respiro nei gravi accidenti da narcosi.

Dott. RONZINI. — Dopo brevi cenni storici sulla rianimazione del cuore, l'O. passa in rassegna le varie sostanze che furono introdotte nel cuore dai diversi AA. Indi discute i meccanismi patogenetici della sincope bianca in narcosi sia della fase iniziale che in quella tardiva, riconoscendo, nella grande maggioranza dei casi, una genesi di ipereccitazione vagale dipendente o da azione riflessa per la via sensitivo-bulbo-vagale o da azione diretta del narcotico sul bulbo oppure da un'eccitazione bulbare da parte dell'acido carbonico che si produce per lo stato di asfissia. In base a tali vedute l'O. spiega le ragioni che fanno dell'adrenalina, per via intracardiaca, il principio chimico di scelta. A questa sostanza egli si è sentito autorizzato di aggiungerne altre quali

l'atropina, la retro-ipofisina e la lobelina, che per le loro diverse azioni sul miocardio, sull'innervazione cardiaca e sul centro respiratorio fanno sì che questa miscela meglio e più efficacemente si adatti alla fisiopatologia del cuore arrestato in corso di narcosi.

L'O. ha eseguito le sue ricerche sui cani con risultati che lo incoraggiano a persistere nei suoi esperimenti.

La splenectomia nella anemia splenomegalica infantile (CARDARELLI).

Dott. ROSSI. — L'O. dopo aver accennato brevemente alla storia clinica ed alla diagnosi del caso in questione, si occupa principalmente dei risultati ottenuti con la splenectomia, ciò che costituisce un problema di terapia chirurgica per ora per nulla risolto. Dopo sei mesi dall'operazione la piccola inferma presenta un certo miglioramento dello stato generale con un aumento di 3 Kg. del peso corporeo, ma nessun beneficio mostra aver ricavato la crasi sanguigna. Modico aumento del tasso emoglobinico, i globuli rossi sono numericamente quelli di prima dell'operazione, i globuli bianchi sono aumentati (da 19,000 a 34000); le emazie nucleate sono aumentate, sono comparsi i megaloblasti ed i mielociti che prima mancavano.

L'O. perciò ritiene che, dal punto di vista ematologico, la splenectomia abbia peggiorato la crasi sanguigna generando un'eccessiva iperplasia delle cellule bianche del midollo osseo spostando la situazione ematologica dell'inferma verso le forme fruste di leucemia mieloide. L'O. si ritiene perciò sfavorevole alla splenectomia in queste forme di anemia splenomegalica associate a leucocitosi e a forte reazione mieloide e ciò contrariamente all'opinione espressa da vari autori specie americani.

Seduta del 24 marzo 1927.

Presidenza del prof. N. LEOTTA, presidente, quindi dell'on. prof. SIMONETTA.

Cisti ematica del collo.

Prof. PAOLUCCI. — L'O. riferisce un caso operato in un bambino di 10 mesi di cisti della regione sopraclavicolare destra situata sotto l'aponevrosi cervicale media con un peduncolo profondo impiantato fra i rami del plesso brachiale. Fu necessaria l'enucleo-resezione della cisti che aveva la grossezza di un piccolo mandarino con aspetto esterno irregolare e consistenza molle elastica, ed era costituita in parte da un tessuto spugnoso e per la maggior parte da una grossa cisti, a concamerazioni, e contenente liquido ematico, di color rosso cupo. L'esame istologico rivelò una struttura tipica di linfangioma cistico con consecutiva trasformazione in un punto del tessuto connettivo adulto in tessuto connettivo a carattere embrionario con cellule giganti polinucleate. Positiva la ricerca dei granuli di emosiderina.

Milza malarica migrante. Splenectomia.

Prof. PAOLUCCI. — L'O. ha operato una donna di 25 anni, malarica con grossa milza a sede pelvica che aveva spostato in basso lo stomaco e l'angolo sinistro del colon. I disturbi soliti concomitanti alla splenoptosi ed alla splenomegalia erano stati per un certo tempo offuscati e complicati a disturbi dolorifici a sede ipogastrica dovuti a crisi uterine espulsive per ritenzione di residui placentari abortivi. La splenectomia condusse l'inferma a guarigione completa e l'esame istologico della milza dimostrò le comuni alterazioni della milza malarica.

Ricerche sul N benzil-β-naftilamina.

Prof. CIUSA e dott. CREMONINI. — Comunicano i risultati delle loro ricerche sulla N benzil - β - naftilamina. Per riduzione del nitroso derivato ottiene la benzil-naftilidrazina, della quale prepara il cloridrato, il picrato, ed i composti di condensazione con numerosi composti carbonilici. Per copulazione coi sali di diazonio furono ottenuti vari composti benzil-amino-naftalalin-azoici.

Sulla presenza del virus rabico nei tessuti oculari.

Dott. F. BALACCO. — L'O. riferisce i risultati delle sue ricerche condotte allo scopo di ricercare la presenza dei corpi del Negri nei tessuti nervosi dell'occhio di coniglio. Egli ha diviso le sue ricerche in tre gruppi. Nel primo ricerca le inclusioni specifiche della rabbia nell'occhio di conigli morti per inoculazione subdurale di un virus fisso e di strada; nel secondo nell'occhio di conigli infettati con virus di strada per via endoculare; nel terzo infine studia le relazioni esistenti fra virus rabico e tessuti oculari. Nelle prime due serie servendosi del metodo del Neri per mettere in evidenza i corpi del Negri e che l'O. dichiara ottimo, non è riuscito a mettere in evidenza tali formazioni, mentre positivi si erano dimostrati i reperti sui corni di Ammone degli stessi conigli. Nell'ultima serie pur iniettando acqueo, vitreo, retina, nervo ottico e coroide di conigli morti di rabbia sotto la dura madre di altri conigli, non è riuscito mai a provocare in questi ultimi la rabbia.

L'O. per tanto ritiene che il virus rabico non doveva esser presente negli occhi dei conigli in esperimento.

Influenza del lavoro muscolare sul riflesso rotuleo.

Dott. PERRINI. — L'O. ha trovato che il lavoro aumenta l'altezza del riflesso non solo nell'arto che lavora, ma anche nell'arto che riposa e questo ha notato anche nel lavoro dell'arto superiore. L'O. esclude che si tratti di un fenomeno periferico perchè in tal caso esso dovrebbe soltanto notarsi nell'arto che lavora. Pensa invece che il

lavoro muscolare in genere determini un aumento del potere inibitorio cerebrale che si traduce con aumento del riflesso rotuleo.

Le modificazioni della meccanica respiratoria dopo la resezione unilaterale dei nn. intercostali.

Dott. BONOMO. — L'O. riferisce alcune considerazioni fatte attorno ad un caso operato di resezione unilaterale di tutti i nervi intercostali allo scopo di immobilizzare il torace in un tubercoloso polmonare. L'O. ha posto in evidenza la completa paralisi dei movimenti in- ed espiratori fisiologici con cospicuo appiattimento dell'emitorace corrispondente e movimento paradosso dell'emitorace operato nel senso che la inspirazione determinava una retrazione del medesimo mentre l'espirazione un'espansione. Pensa che questa operazione abbia il valore per l'uomo di un esperimento fisiologico nel senso di poter affermare, nella tanto dibattuta questione nell'uomo circa il valore dei vari muscoli respiratori, la netta prevalenza dei muscoli intercostali sul diaframma.

Ano duplice in bambino rachitico.

Dott. N. GAUDIO. — L'O. riferisce su di un caso di ano duplice in un bambino di due anni che presentava contemporaneamente l'atresia di uno degli orifici e l'imperforazione parziale dell'altro. Discute sull'origine di tale rara malformazione e l'attribuisce ad un ritardo nello sviluppo della fossetta anale. Spiega come la presenza del prolungamento del rafe scrotale possa esser causa di questa duplicità.

Sul pneumotorace ad ipotensione mono- e bilaterale.

Dott. NISIO. — L'O. comunica i risultati di 19 casi trattati col pneumotorace ipotensivo monolaterale e quattro trattati col pneumotorace ipotensivo bilaterale. Dopo aver toccato alcuni problemi riguardanti la maniera di agire di questo tipo di pneumotorace e la tecnica relativa, si mostra favorevole alle insufflazioni di piccole dosi con rifornimenti non molto distanziati uno dall'altro. L'O. infine riferisce i buoni risultati clinici ottenuti.

Su la presunta rigenerazione della milza.

Dott. N. GAUDIO. — L'O. riferisce i risultati di alcune esperienze da lui istituite per vedere se la milza si rigenera negli animali splenectomizzati. Egli in un gruppo di animali (cani) ha eseguito la splenectomia e più ha disseminato nel peritoneo frammentini di milza, sia traumatizzando quest'ultima prima di asportarla, sia versando nel cavo peritoneale un'emulsione di tessuto splenico. In una serie di controllo ha soltanto asportato la milza evitando ogni trauma di questa. Dopo molti mesi dall'intervento ha notato nella prima serie di esperimenti numerosi noduli impiantati sul peritoneo avanti una tipica struttura splenica. Presenta varie microfotografie.

Il Segretario: Dott. C. ROSSI

Società Medico-Chirurgica di Alessandria.

Seduta del 31 gennaio 1927.
Presidente: Prof. O. FINZI.

Apparecchio per impedire l'inquinamento del tavolo da lavoro del batteriologo.

G. MAROCCO (Alessandria). — L'O. presenta un apparecchio consistente in un manicotto di rame che può adattarsi al becco Bunsen in modo da raccogliere il materiale che si stacca dall'ansa, e che ha poi il vantaggio di poter esser sterilizzato con i comuni mezzi evitando così qualsiasi pericolo di dispersione del materiale infetto o sospetto.

Considerazioni sopra un caso di ascite infantile di probabile patogenesi tubercolare.

G. DE TONI (Alessandria). — L'O. presenta un bambino di 10 anni con una ascite riproducentesi ad ogni paracentesi e che ha già dato luogo alla estrazione complessiva di 90 litri di liquido. Ritiene causa dell'ascite in questo caso sia una cirrosi capsulare periepatitica conseguente ad una flogosi tubercolare peritoneale ormai spenta. Propone una laparotomia esplorativa.

Risultati consecutivi alla malarizzazione di 4 casi di paralisi progressiva. Indicazioni e modalità di applicazione del metodo.

M. SANTONÈ (Alessandria). — Dei quattro casi trattati dall'O. con la malarizzazione (ceppo di terzana) due non ebbero miglioramenti di sorta, uno assunse andamento stazionario ed il quarto invece presentò notevole miglioramento clinico con regressione parziale nelle alterazioni del liquido c.-r.

L'O. ritiene che si debba intervenire con la cura malarizzante il più precocemente possibile e cioè anche quando, mancando evidenti sintomi clinici, esistano alterazioni del liquor che denunzino un'affezione luetica del sistema nervoso. Elenca anche le controindicazioni di tale metodo terapeutico.

Considerazioni sopra un caso di osteomielite post-tifica delle due tibie da bacillo di Eberth.

O. FINZI (Alessandria). — L'O. attribuisce la localizzazione della lesione alla tibia al fatto che, essendo il soggetto un giocatore di foot-ball, aveva avuto frequenti traumi in tali regioni. La lesione è caratterizzata da piccole numerose escavazioni nella parte compatta dell'osso a guisa di alveare, occupate da granulazioni da cui si ricavò in cultura pura il b. di Eberth.

A sinistra data la vastità della lesione e la compartecipazione del periostio, eseguita un'ampia resezione, l'O. suturò solo in parte lasciando uno zaffo; a destra, dove si era formata una specie di esostosi ed il periostio era integro, scollato questo e asportata la zona ossea alterata, senza aprire il focolaio, eseguì una sutura completa. Ottenne una perfetta guarigione per prima intenzione.

Dott. P. CAREZZANO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La necessità della valutazione della glicemia nei sospetti di diabete con o senza glicosuria.

Horace Greeley (*New-York-States J. of Med.* 1927, n. 10) riporta le sue ricerche fatte in 100 casi nei quali esaminò per un anno contemporaneamente le urine e lo zucchero del sangue. Durante tutto il periodo delle ricerche non si somministrò, naturalmente, mai insulina. Sui 100 casi solo 24 erano stati diagnosticati in antecedenza come diabetici, gli altri 76 furono esaminati solo come casi sospetti o per ricercare la causa di inspiegabili debolezze. È interessante notare in 31 casi mancava lo zucchero nelle urine, mentre lo zucchero nel sangue era in 16 casi di 120-150 mmgr. per 100 cmc.; in 8 casi 150-200 mmgr.; e in 6 casi 200-300 mmgr.; e in 1 solo caso, 400 mmgr. La quantità di zucchero normalmente esistente nel sangue è data da circa 80-120 mmgr. per 100 cmc. e la soglia renale è stata stabilita a circa 150 mmgr. Queste cifre normali dipendono da molti fattori: 1) la quantità dei carboidrati ingeriti; 2) il limite del loro assorbimento; 3) il valore dell'immagazzinamento; 4) l'attività del sangue per liberare e utilizzare, lo zucchero immagazzinato; 5) e infine la sensibilità dei reni allo zucchero del sangue, e il loro potere escretore quando questo raggiunge un dato valore. Dopo un accurato esame di questi singoli punti l'A. viene alle seguenti conclusioni: l'assenza dello zucchero nelle urine non dimostra che il paziente non è diabetico, che in un terzo dei casi. La presenza dello zucchero nelle urine non dimostra che il caso sia diabetico poichè ciò può derivare da una nefrite o da una glicosuria renale. L'esistenza di una nefrite, evidente clinicamente e per l'esame delle urine e che si accompagni a glicosuria, può indicare tanto una nefrite primaria con glicosuria dovuta ad una deficenza renale, quanto una nefrite secondaria causata da un preesistente diabete. La misura esatta della glicemia è il solo metodo con cui possiamo con cognizione esatta decidere se un paziente sia un diabetico, e farci così una idea esatta del grado della sua insufficenza pancreatica. L'assenza dello zucchero nelle urine di un diabetico certo, non può essere ritenuta come una prova che la cura abbia ristabilito nella normalità il bilancio del metabolismo dei carboidrati. La glicemia può elevarsi sopra la soglia normale, prima che si possa mettere in evidenza una irritazione renale o una nefrite secondaria.

Nelle nefriti a causa dell'alterazione del filtro renale, si può trovare glicosuria senza iperglicemia; o, caso più frequente, glicosuria con iperglicemia, il che sarebbe dovuto ad una eccessiva mobilizzazione del glicogeno per causa di una ipersecrezione delle surrenali eccitata dalla ritenzione delle scorie.

L. TONELLI.

La colecistografia nel diabete mellito.

La colecistite e le malattie delle vie biliari da lungo tempo sono riconosciute come causa di pancreatite. Per quanto riguarda il diabete mellito alcuni AA. pensano che non vi sia alcun rapporto tra esso e le malattie delle vie biliari, altri, invece, sono d'opinione contraria. Allo scopo di studiare il comportamento della cistifellea nei diabetici, M. Tedstrom, R. Bond, W. Olmsted e S. Moore (*J. A. M. A.*, 13 nov. 1926) si sono serviti del metodo Graham-Cole e cioè dell'iniezione intravenosa di tetraiodofenolftaleina sodica. Questi AA. eseguirono la colecistografia in tutti i diabetici ricoverati nel « Barnes Hospital » durante il 1925, ed ottennero i seguenti risultati. Il 44% dei diabetici sopra i 40 anni mostrarono dei colecistogrammi anormali. La maggiore percentuale di colecistogrammi anormali nelle donne si spiega colla maggiore freqenza della colelitiasi nel sesso femminile. Su 24 malati che presentarono colecistogrammi anormali, soltanto 9 (37,5%) presentarono sintomi clinici di colecistite. Per quanto possano sembrare interessanti i dati su riferiti, essi non hanno alcuna importanza per ciò che riguarda l'etiologia del diabete, a meno che non venisse dimostrato che la colecistite è molto meno frequente nei non diabetici che nei diabetici. La necroscopia dovrebbe risolvere la questione; ma sfortunatamente gli anatomopatologi non hanno proceduto sistematicamente ad un esame microscopico delle pareti della cistifellea. Il voler considerare, d'altra parte, la pancreatite che si accompagna alla colecistite, quale fattore etiologico importante del diabete mellito è contrastato da varie e serie obbiezioni. Infatti la pancreatite che accompagna la colecistite e le malattie delle vie biliari è una pancreatite interlobulare, raramente associata a distruzione delle isole di Langerhans; la pancreatite cronica interacinare (la lesione anatomopatologica nel diabete) non si associa abitualmente con le malattie delle vie biliari. Cecil riscontrò calcolosi in 9 su 90 diabetici esaminati; è degno di nota, tuttavia, che in questi 9 casi la sclerosi era a tipo

interacinare. Un'altra obbiezione è, che la pancreatite dovuta a malattie delle vie biliari interessa di solito la testa del pancreas, e per conseguenza non è da attendersi che possa esercitare molta influenza sul tessuto insulare della coda, dove vi è più che il doppio di isole di Langerhans.

Malgrado queste obbiezioni vi sono alcuni dati che fanno pensare che le malattie delle vie biliari possano avere una qualche importanza nella etio-patogenesi del diabete. N. MARZO.

Esiste il diabete traumatico?

Non si deve confondere con il diabete la semplice glicosuria. Mentre il diabete ha sempre come causa prima una ipofunzione dell'apparato insulinico, le glicosurie possono avere origini molto diverse. Orbene i traumi dicono F. Umber e Max Rosenberg (*Klinische Wochen.*, n. 1, 1° genn. 1927) non agiscono sull'apparecchio insulinico, mentre lesioni croniche (commozioni) o altre, come pure dei fenomeni psichici possono provocare glicosuria estra-insulinica per lesione dell'apparato nervoso o endocrinico, regolatore del metabolismo degli idrati di carbonio. Queste glicosurie hanno prognosi benigna. Piuttosto i traumi possono rendere evidente un diabete latente o aggravare una forma già esistente, in ogni modo l'influenza del trauma è lieve, e non può determinare che la liquidazione di un moderato risarcimento. Anche il diabete postinfettivo (per es. in seguito a ripetute recidive di suppurazione ossea) non potrebbe agire che come fattore aggravante uno stato anteriore. L. TONELLI.

Ipoglicemia mortale.

Heimann, Trosien, Hirsch, Kauffmann (*Klin. Wochen.*, 3 settembre 1926) espongono il caso di una ragazza di otto anni con diabete grave ed acidosi nella quale il trattamento insulinico diede luogo ad accidenti da ipoglicemia l'ultimo dei quali fu resistente ad ogni cura e condusse a morte la paziente. È noto che durante la cura insulinica gli accidenti ipoglicemici siano facilmente scongiurabili con la somministrazione di zucchero, come pure che tali accidenti si presentino con maggiore facilità nei fanciulli i quali possono presentare una sensibilità alla insulina diversa da un giorno all'altro. Nel caso in quistione già erano stati osservati accidenti da ipoglicemia contemporaneamente alla glicosuria; il tasso glicemico oscillava da 2,65 a 0,80 per mille, durante il trattamento insulinico talora fu riscontrato un tasso glicemico di 0,24 per mille senza che si verificassero incidenti. Gli AA. citano altri 3 casi di morte attribuibili alla insulina, ma in nessuno di essi si ebbe la sindrome descritta nel caso in quistione. PALLADINI.

La sintalina nel diabete infantile.

Priesel e Wagner (*Klin. Wochens.*, 7 maggio 1927) hanno applicato il trattamento alla sintalina in 9 bambini da 6 a 16 anni, ottenendone dei risultati che non sono per nulla incoraggianti e che sconsigliano l'uso di questo rimedio nei bambini.

Le piccole dosi (10 mg. 2 volte al giorno) non danno disturbi gastrici, ma sono anche inefficaci. Le dosi più elevate provocano sintomi di intossicazione: gastralgia, anoressia, vomiti e danno anche perdita di peso, aumento della glicemia, glicosuria, acetonuria.

Queste osservazioni sono in contraddizione con quanto si nota nell'adulto, in cui la sintalina, associata o non all'insulina, ha indicazioni precise per la facilità del suo uso e la certezza dell'azione ipoglicemizzante.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. M. F.:

I raggi ultravioletti in terapia del SAIDMANN (G. Doin editore, Parigi, 65 franchi) è il libro che fa per lei: è in francese. Un corso di terapia ultravioletta ufficiale universitario non esiste e la terapia ultravioletta fa parte dell'insegnamento della Radiologia ed Elettroterapia o della Terapia fisica secondo l'insegnamento universitario. Ma a Milano nell'anno decorso si sono avuti dei corsi di terapia ultravioletta promossi dall'Associazione ultravioletta che tenne a Milano il suo primo Congresso perchè la fondazione è recente. Il giornale ufficiale è *L'Actinologia* (redattore dott. Coniglio, Lungo Lario Trento, Como): ma può chiedere ad un altro periodico che è stato il primo in ordine di tempo e che ora si è separato dall'Associazione (*I raggi ultravioletti*, Bastioni Garibaldi, 3, Milano) le pubblicazioni uscite sulla terapia ultravioletta (piccole monografie da L. 1-3 riassunti od originali di conferenze).

E. MILANI.

Trattati sulle morti improvvise. — Al dott. G. R., abb. n. 9238:

Il dott. L. Griva da Torino ci indica gentilmente il seguente: P. BROUARDEL: *La mort et la mort subite*, Baillière, Paris, 1895.

fil.

All'abb. n. 9427:

Il trattato di NEISSER sulle malattie veneree e cutanee è stato tradotto in italiano dal professor V. MONTESANO e pubblicato dalla Società editrice Dante Alighieri di Albrighi e Segati, Roma, 1908.

fil.

All'abb. n. 11615:

1) Non sembra che nel 1928 avranno luogo gli esami per medici di bordo. I programmi li può acquistare presso la Libreria del Provveditorato generale dello Stato, oppure chiederli a qualche Ufficio sanitario provinciale.

2) Può consultare i seguenti trattati: CASTELLANI e CHALMERS: *Malattie tropicali;* R. G. ARCHIBALD: *The practice of medicine in the tropics*, Londra 1923; MUZIO: *Le malattie dei paesi caldi*, ed. Hoepli; JOYEUX: *Précis de Médecine coloniale*, Parigi 1927, ecc.

C.

All'abb. G. Salv., Napoli:

Può utilmente leggere il bel libro del RIBOLLA: *Medicina Tropicale e Igiene marinara.* Esso risponde a pieno alle esigenze del servizio di medico di bordo. È edito da Luigi Pozzi, Roma.

ap.

VARIA.

Le cause degli accidenti automobilistici.

Un comitato della « Delaware State Conference on Strees and Highhays » ha compiuto uno studio statistico sugli infortuni automobilistici occorsi nello Stato, durante un periodo di più anni.

Risulta, tra l'altro, che sebbene la metà incirca degli infortuni accada di giorno e i tre quarti su pavimenti asciutti, per ogni unità di percorso le probabilità d'accidenti sono molto maggiori di notte e su strada bagnata.

La metà incirca delle morti da automobili sono dovute a collisioni tra due automobili; un quarto a collisioni con treni ferroviari; solo un quinto sono imputabili a disattenzione dei pedoni.

La massima parte degli infortuni automobilistici sono dovuti a negligenza, trascuratezza o disattenzione dei motoristi.

Nella città di Wilmington si è trovato che tre quinti delle persone uccise sono pedoni; un terzo scolari; che le donne sono più guardinghe degli uomini, sia come conduttrici che come pedoni.

Questo studio è stato basato su tabelle allestite dal Dipartimento statale di Sanità e vi hanno cooperato varî ospedali di Wilmington.

(*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 25 dic. 1926, e *Ann. d'Ig.*, feb. 1927).

Effetti del vento sulla tubercolosi polmonare.

W. Gordon (*British Journ. of Tub.*, 1926, p. 20) ha studiato attentamente per venticinque anni, coi vari metodi e in numerose località, l'influenza dei forti venti sul decorso della tubercolosi polmonare ed assicura di potere conchiudere in modo indubbio che le popolazione esposte a questi venti soffrono di più, e spesso molto di più, di tubercolosi che non le popolazioni riparate da essi, e che i tubercolotici i quali vivono in località esposte a tali venti danno una mortalità maggiore e spesso assai maggiore, e una minore percentuale, spesso anche notevole, di guariti, che non i malati che vivono al riparo da essi.

(*Ann. d'Ig.*, feb. 1927).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

Disposizioni varie sulla sanità pubblica.

LEGGE 23 giugno 1927, n. 1070 (*Gazzetta Ufficiale*, 6 luglio, n. 154).

Art. 1. — All'art. 16 del R. decreto 30 dicembre 1923 n. 2889, modificato dal R. decreto-legge 27 aprile 1924 n. 621, è sostituito il seguente:

Il Consiglio superiore di sanità è composto: di quattordici dottori in medicina e chirurgia particolarmente competenti, sei nella igiene pubblica, otto nelle altre branche della medicina sociale; di un naturalista; di due ingegneri esperti nell'ingegneria sanitaria; di due dottori in chimica; di due dottori in zooiatria, particolarmente versati in igiene veterinaria; di un farmacista; di una persona esperta nelle scienze agrarie; di una persona esperta nelle materie amministrative; di un ufficiale sanitario capo di ufficio di igiene.

Essi sono nominati con decreto Reale, sopra proposta del Ministro per l'interno, durano in carica 3 anni e possono essere rinominati.

Fanno, inoltre, parte del Consiglio stesso: il direttore generale della sanità pubblica; il direttore generale dell'Amministrazione civile; il direttore generale degli italiani all'estero; un direttore generale del Ministero delle colonie, designato dal Ministro per le colonie; un direttore generale del Ministero delle corporazioni, designato dal Ministro per le corporazioni; il generale medico capo dell'Esercito; il capo dell'ufficio di ispezione veterinaria dell'Esercito; il generale medico capo dell'Armata; il procuratore generale del Re presso la Corte di appello della capitale; il direttore generale della Marina mercantile; il direttore generale dell'istruzione superiore; il direttore generale del lavoro e della previdenza sociale; il presidente e il direttore generale dell'Istituto centrale di statistica; il direttore generale dell'agricoltura; il capo dell'ufficio centrale sanitario delle Ferrovie dello Stato; un rappresentante dell'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia designato dal presidente dell'Opera in persona di un membro del Consiglio centrale; un rappresentante dei medici chirurgi, uno dei veterinari e uno dei farmacisti esercenti nel Regno, designati dalle rispettive associazioni sindacali legalmente riconosciute agli effetti della legge 3 aprile 1926 n. 563: le norme, i termini e le condizioni per far luogo alle predette designazioni saranno stabilite con decreto Reale su proposta dei Ministri per l'interno e per le corporazioni.

Sono abrogati i primi tre comma, lettera *a*) dell'art. 1 del decreto Luogotenenziale 31 dicembre 1915 n. 1910, l'art. 10 del regolamento generale sanitario, approvato con R. decreto 3 febbraio 1901 n. 45, e l'art. 2 del decreto Luogotenenziale 17 ottobre 1918 n. 691, modificato con decreto-legge 5 gennaio 1919 n. 36.

Nella prima attuazione della presente legge, i componenti che saranno nominati con R. decreto scadranno dalla carica il 31 dicembre 1929.

Fino a quando non siano fatte le designazioni dei rappresentanti dei medici chirurgi, dei veterinari e dei farmacisti, di cui al 3° comma del presente articolo, continueranno a far parte del Consiglio superiore di sanità i rappresentanti degli Ordini dei sanitari nominati pel triennio 1924-1926.

Il Ministro per l'interno designa a segretario del Consiglio superiore di sanità un funzionario medico in servizio presso la Direzione generale della sanità pubblica il quale non avrà voto.

Art. 2. — All'art. 8 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con R. decreto 1° agosto 1907 n. 636, e successive modificazioni, è sostituito il seguente:

Il Consiglio provinciale di sanità è composto di: tre dottori in medicina e chirurgia di cui uno particolarmente competente in pediatria; un cultore di chimica; un giureconsulto; un farmacista; un veterinario; un ingegnere; una persona esperta nelle materie amministrative; una persona esperta nelle scienze agrarie.

I suddetti componenti del Consiglio provinciale sanitario sono nominati con decreto Reale, su proposta del Ministro per l'interno, durano in carica tre anni e possono essere rinominati.

Dello stesso Consiglio il Prefetto è presidente, e ne fanno parte il medico provinciale, il veterinario provinciale, l'ufficiale medico in attività di servizio di più alto grado residente nel capoluogo della Provincia, il procuratore del Re presso il Tribunale civile e penale, l'ufficiale sanitario del capoluogo stesso, nonchè un rappresentante dei medici chirurghi, uno dei veterinari e uno dei farmacisti esercenti nella Provincia, designati dalle rispettive associazioni sindacali, legalmente riconosciute agli effetti della legge 2 aprile 1926 n. 563.

Le norme, i termini e le condizioni per far luogo alle predette designazioni saranno stabilite con decreto Reale su proposta dei Ministri per l'interno e per le corporazioni.

Il Prefetto designa a segretario del Consiglio un impiegato della Prefettura, il quale non avrà voto.

Nella prima attuazione della presente legge, i componenti che saranno nominati con R. decreto scadranno dalla carica il 31 dicembre 1929.

Fino a quando non siano fatte le designazioni dei rappresentanti dei medici chirurgi, dei veterinari e dei farmacisti, di cui al 3° comma del presente articolo, continueranno a far parte dei Consigli provinciali di sanità i presidenti degli Ordini dei sanitari.

Art. 3. — Il 4° comma dell'art. 5 del R. decreto 30 dicembre 1923 n. 2889, è soppresso.

Il 5° comma dell'articolo stesso è modificato come segue:

« Gli utili provenienti dalle indagini di interesse privato, eseguite nei laboratori, andranno a vantaggio della gestione ».

Art. 4. — La lettera *d*) dell'art. 21 del R. decreto 30 dicembre 1923 n. 2889, è modificata come segue:

« Approva la tariffa dei compensi per le indagini di interesse privato eseguite nei laboratori di vigilanza igienica ».

Art. 5. — All'art. 17 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con R. decreto 1° agosto 1907 n. 636, modificato dall'art. 23 del R. decreto 30 dicembre 1923 n. 2889, è aggiunto il seguente comma:

« Riceve dagli esercenti la professione di medico chirurgo le informazioni sui fatti e sulle circostanze, che possono interessare la sanità pubblica, e le denunzie degli aborti. Quando nell'esercizio delle sue funzioni, abbia notizia di un reato per il quale si debba procedere di ufficio, deve darne denunzia mediante rapporto ».

Art. 6. — L'ultima parte dell'art. 31 del R. decreto 30 dicembre 1923 n. 2889, è modificata come segue:

« La misura di tale compenso per le singole prestazioni e le modalità del relativo versamento da parte dei privati e della liquidazione verranno stabilite, con effetto dalla data di pubblicazione della presente legge, dal Prefetto, sentito il Consiglio provinciale di sanità e la Giunta provinciale amministrativa.

« Sulle somme versate dai privati per i compensi previsti dal presente articolo, è devoluta, in ogni caso, al Comune una quota non superiore al 25 %.

« Nella liquidazione dei compensi, detratta la quota spettante al Comune, dovrà essere pure compreso, per una quota non inferiore al terzo di quella dovuta all'ufficiale sanitario, il personale che ha eventualmente coadiuvato negli accertamenti l'ufficiale sanitario stesso ».

Per effetto dei compensi dovuti a norma del presente articolo, non possono essere diminuiti nè all'ufficiale sanitario nè al personale che lo coadiuva gli stipendi e le indennità loro assegnati.

Contro il provvedimento del Prefetto è ammesso ricorso, entro 15 giorni, al Ministro per l'interno, che provvede definitivamente.

Art. 7. — L'ultimo comma dell'art. 34 del R. decreto 30 dicembre 1923 n. 2889, è modificato come segue:

« Uguale attribuzione spetta alla Giunta provinciale amministrativa per la determinazione degli stipendi minimi degli ufficiali sanitari, con nomina regolare in seguito a concorso, tenuto conto dell'importanza del servizio ».

Art. 8. — All'art. 39 del R. decreto 30 dicembre 1923 n. 2889, è aggiunto il seguente comma:

« Il procedimento, di cui al presente articolo, sarà seguito anche per le sanzioni disciplinari previste dall'art. 2 del R. decreto-legge 23 ottobre 1925 n. 2113, nei riguardi dei sanitari comunali ».

Art. 9. — All'art. 55 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con R. decreto 1° agosto 1907 n. 636, è sostituito il seguente:

« Gli esercenti la professione di medico chirurgo, oltre a quanto è prescritto nell'art. 154 del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, approvato con R. decreto 6 novembre 1926 n. 1848-2132, sono obbligati:

« *a*) a denunziare al podestà, in ogni caso di morte, la malattia che ne è stata la causa;

« *b*) a denunziare in modo circostanziato al medico provinciale, entro due giorni, ogni caso di aborto per il quale essi abbiano prestato la propria opera o del quale siano venuti comunque a conoscenza, nell'esercizio della loro professione.

« La denunzia è fatta secondo le norme indicate dal regolamento. Il contenuto della denunzia deve rimanere segreto;

« *c*) ad informare il medico provinciale e l'ufficiale sanitario dei fatti e delle circostanze che possono interessare la pubblica salute.

« I contravventori sono puniti con l'ammenda da L. 100 a L. 1000.

« Della sentenza passata in giudicato è data comunicazione dalle Cancellerie giudiziarie, a mezzo del Prefetto, al competente Ordine dei medici chirurgi, ai fini di cui all'art. 8, lettera *c*), della legge 10 luglio 1910 n. 455 ».

Art. 10. — La levatrice è obbligata a ricorrere all'opera del medico chirurgo non appena nell'andamento della gestazione o del parto o del puerperio riscontri qualsiasi fatto irregolare. A tale scopo deve rilevare con diligenza tutti i fenomeni che si svolgono nella gestante o partoriente o puerpera, alla quale presti la sua assistenza.

La contravvenzione alla presente disposizione è punita con l'ammenda estensibile a L. 500, alla quale, nei casi gravi, si aggiungerà l'arresto fino a tre mesi, salvo l'applicazione delle maggiori pene portate dal Codice penale.

Art. 11. — Non possono essere messi in commercio, senza una speciale registrazione da parte del Ministro dell'interno, i presidi medici e chirurgici che saranno determinati dallo speciale regolamento, da approvarsi con decreto reale.

Questo determinerà altresì le prescrizioni da osservarsi nel commercio dei presidi medici e chirurgici da esso contemplati.

Non possono essere registrati presidi medici e chirurgici che vantino:

a) proprietà od effetti contrari in qualsiasi modo alla morale ed al buon costume;

b) effetti speciali intesi comunque ad interrompere o a turbare il corso fisiologico della gestazione;

c) effetti preventivi o terapeutici speciali per quelle infermità che saranno indicate nel regolamento.

Art. 12. — I contravventori alle disposizioni del precedente articolo ed a quelle del relativo regolamento sono puniti con l'arresto fino a tre mesi e con l'ammenda da L. 1000 a L. 5000. I presidi medici o chirurgici messi abusivamente in vendita sono confiscati ed il giudice ordina la chiusura fino a tre mesi delle fabbriche, depositi o rivendite.

In caso di recidiva, la pena è dell'arresto da uno a sei mesi e dell'ammenda da L. 2000 a L. 10,000; oltre la confisca dei presidi medici o chirurgici messi abusivamente in commercio, e

la chiusura da tre mesi ad un anno delle fabbriche, depositi o rivendite.

Senza pregiudizio dell'azione penale, si procede in via amministrativa all'immediato sequestro, dovunque si trovino, dei presidi medici e chirurgici abusivamente fabbricati o messi in commercio.

Inoltre, quando concorreranno gravi motivi ed anche indipendentemente dal corso del giudizio, il Prefetto può disporre la immediata chiusura temporanea dell'officina, in cui siano stati prodotti, o del deposito od esercizio in cui siano tenuti per essere venduti i presidi medici e chirurgici di cui al comma precedente. In tal caso, la chiusura dell'officina o deposito o esercizio non può avere durata maggiore di cinque giorni, e, in caso di recidiva, di quindici giorni.

Art. 13. — All'art. 65 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con il R. decreto 1° agosto 1907 n. 636, è sostituito il seguente:

« Salvo quanto è disposto nel titolo III, capo II, del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, approvato con R. decreto 6 novembre 1926 n. 1848-2132, non si possono aprire o mantenere in esercizio ambulatori o case o istituti di cura medico-chirurgica o di assistenza ostetrica, ovvero case o pensioni per gestanti, senza speciale autorizzazione del Prefetto, secondo le norme indicate nel regolamento.

« Contro il provvedimento del Prefetto è ammesso il ricorso entro 15 giorni al Ministro per l'interno.

« I contravventori alla presente disposizione ed alle prescrizioni che il Prefetto, sentito il medico provinciale, ritenga di imporre nell'atto dell'autorizzazione, sono puniti con l'arresto fino a due mesi o con l'ammenda da L. 5000 a L. 10,000.

« Indipendentemente dall'azione penale, il Prefetto ordina la chiusura degli ambulatori o case o istituti di cura medico-chirurgica o di assistenza ostetrica ovvero delle case o pensioni per gestanti aperti o esercitati senza l'autorizzazione di cui al presente articolo. Il Prefetto può, altresì, ordinare la chiusura di quelli di detti istituti nei quali fossero constatate violazioni delle prescrizioni contenute nell'atto di autorizzazione od altre irregolarità. In tal caso, la durata della chiusura non può essere superiore a tre mesi.

« Nessuno può aprire o mantenere in esercizio stabilimenti balneari se non con l'autorizzazione del Prefetto, sentito il medico provinciale. Contro la decisione del Prefetto è ammesso il ricorso entro giorni 15 al Ministro per l'interno. I contravventori alla presente disposizione ed alle relative prescrizioni dell'autorità sanitaria sono puniti con pena pecuniaria estensibile fino a L. 2000 ».

Art. 14. — All'art. 114 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con R. decreto 1° agosto 1907 n. 636, sono aggiunti i seguenti capoversi:

« Il giudice, investito del giudizio contravvenzionale, può, inoltre, aggiungere a tali pene la chiusura temporanea da un mese ad un anno, o la chiusura definitiva dell'esercizio.

« Indipendentemente dal giudizio penale, il Prefetto della Provincia può disporre e fare eseguire la chiusura dell'esercizio.

« È abrogato l'art. 60 del R. decreto 30 dicembre 1923 n. 2289 ».

Art. 15. — Al 2° comma dell'art. 123 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con R. decreto 1° agosto 1907 n. 636, sono aggiunte le seguenti parole:

« Ed i provvedimenti disciplinari che il Prefetto provocherà dagli organi competenti od adotterà ai sensi degli articoli 39 e 53 del R. decreto 30 dicembre 1923 n. 2889 ».

Art. 16. — Salvo quanto è disposto nel titolo III, capo III, del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, approvato con il R. decreto 6 novembre 1926 n. 1848-2132, è necessaria la licenza del Prefetto per la divulgazione, a mezzo della stampa o in qualsiasi altro modo, di mezzi per la prevenzione e la cura delle malattie, o di specialità medicinali, o di presidi medici e chirurgici, ovvero di ambulatori o case o istituti di cura medico-chirurgica o di assistenza ostetrica, ovvero di case o pensioni per gestanti, ovvero di stabilimenti termali, idroterapici, di cure fisiche ed affini, ovvero di acque minerali naturali o artificiali.

I contravventori sono puniti con l'arresto fino a tre mesi e con l'ammenda da L. 1000 a L. 5000, salvo che la legge stabilisca una pena più grave.

Art. 17. — All'art. 86 del R. decreto 30 dicembre 1923 n. 2889, è sostituito il seguente:

« A meno che non sia diversamente stabilito per singoli casi:

« *a*) contro i provvedimenti emanati in materia sanitaria dal Podestà è ammesso ricorso gerarchico al Prefetto, che decide udito il parere del medico provinciale;

« *b*) contro i provvedimenti del Prefetto che non siano definitivi è ammesso, entro il termine di 15 giorni, ricorso gerarchico al Ministro per l'interno, che decide definitivamente.

« I ricorsi gerarchici al Governo del Re previsti dalle leggi e regolamenti sanitari sono decisi in ogni caso con provvedimento definitivo del Ministro per l'interno ».

Art. 18. — Sono abrogate tutte le disposizioni del R. decreto 30 dicembre 1923 n. 2889, concernenti la istituzione e le attribuzioni del medico circondariale, restando demandati rispettivamente al medico provinciale e al Prefetto i provvedimenti e le attribuzioni dalle disposizioni stesse assegnate al medico circondariale e al sottoprefetto.

Art. 19. — All'art. 89 del R. decreto 30 dicembre 1923 n. 2889, è sostituito il seguente:

« Il Governo del Re è autorizzato a coordinare le disposizioni della presente legge con le altre vigenti in materia ed a formare il nuovo testo unico delle leggi sanitarie, addivenendo anche alla modifica di quelle disposizioni che non siano in armonia con altre norme di legge che vi abbiano attinenza ».

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Provvidenze sanitarie per gli emigranti in America.

Allo scopo di agevolare lo sbarco dei connazionali che si recano in quota o fuori quota nella Confederazione Americana, si è stabilito, in seguito ad accordi intervenuti fra il R. Governo e il Governo degli Stati Uniti d'America, che dal 15 agosto corr., la visita medica e l'esame dei documenti d'ingresso saranno eseguiti in Italia da ufficiali sanitari del Governo americano presso i Consolati generali S. U. A. di Napoli, Genova e Palermo.

In base a tale procedura, le autorità italiane, compiuti i consueti rigorosi accertamenti, avvieranno ai detti Consolati soltanto le persone che sono fornite dei documenti richiesti per provare la loro ammissibilità negli Stati Uniti, di guisa che gli individui che in seguito alla visita otterranno il visto in quota o in non quota avranno la sicurezza di sbarcare immediatamente al loro arrivo in America, come gli stessi cittadini americani, risparmiandosi la sosta talvolta lunghissima presso gli uffici d'immigrazione dei porti di arrivo.

I RR. Ispettori di emigrazione nei porti di Messina e di Livorno comunicheranno i nomi dei connazionali della loro giurisdizione rispettivamente agli Ispettorati di Genova e Palermo, i quali provvederanno per le notifiche del caso.

Quanto al porto di Trieste e fino a che non sia destinato presso quel Consolato degli Stati Uniti un ufficiale sanitario, la visita avrà luogo per i connazionali che si imbarcano colà a Palermo o a Napoli dove riceveranno il visto consolare. Le autorità consolari nord-americane hanno dato affidamento che porteranno tutta la loro cura per la rapida attuazione del nuovo sistema dal quale i nostri connazionali potranno per i primi risentire evidenti vantaggi.

Il sistema andato in vigore recentemente anche in altri Stati, come l'Inghilterra, sarà tra breve esteso alla Cecoslovacchia e ad altri paesi dell'Est europeo, in modo che anche gli emigranti stranieri trasportati dalle nostre Compagnie potranno fruire del non trascurabile beneficio.

Per gli odontotecnici delle nuove Provincie.

Con legge n. 1187, pubblicata nella « Gazzetta Ufficiale » nel n. 104 (18 luglio) fu disposto che i cittadini italiani delle nuove Provincie del Regno, che siano in possesso di concessioni per l'esercizio della odontotecnica o che abbiano esercitato la loro professione nel territorio delle Provincie stesse, potranno, quantunque sprovvisti di laurea in medicina e chirurgia, essere autorizzati, entro un anno dalla pubblicazione della presente legge, all'esercizio della odontoiatria e protesi dentaria. L'autorizzazione sarà concessa in seguito ad una prova di esame da sostenersi innanzi ad apposita Commissione, secondo norme da stabilirsi. La tassa di diploma fissata per l'autorizzazione suddetta sarà di L. 300.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASOLO (*Treviso*). *Ospedale Civile.* — Primario medico-chirurgo; scad. 15 sett. Rivolgersi Segreteria Congregazione Carità.

BARI. — Due posti d'ispettore sanitario e due condotte; scad. 15 sett.; vedi fasc. 34.

CAPOLIVERI (*Livorno*). — Scad. 10 settembre; L. 12,000, oltre L. 500 uff. san.

CASTIGLIONE DEI GENOVESI (*Salerno*). — Scad. 23 sett.; vedi fasc. 34.

CECINA (*Livorno*). *Ospedale della P. A.* — Medico chir. fisso di guardia; età 32-45 a.; L. 10,000; facoltà esercizio lib.; tassa L. 50.15.

COTTANELLO (*Rieti*). — Scad. 10 sett.; chiedere annunzio.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilim. Riuniti.* — Aiuto medico; scad. 5 sett.; vedi fasc. 34.

MONTAGGIO (*Genova*). — Scad. 1° sett.; L. 9600 e 10 bienni, oltre L. 500 uff. san., L. 300 bicicl.

MONTICHIARI (*Brescia*). — Scad. 30 sett.; vedi fasc. 34.

NARNI (*Terni*). — Scad. 10 sett.; cond. comprimaria; L. 8000, oltre L. 600 serv. att. c.-v., L. 4000 cav.; tassa L. 50.15; assunzione servizio entro 15 gg.

RIGNANO GARGANICO (*Foggia*). — Scad. 1 mese dal 10 ag.; età lim. 35 a.; docum. a 3 mesi dal 10 ag.; L. 9000 e 5 quadr. dec.; c.-v. in L. 420; tassa L. 50.10; serv. entro 15 gg.

ROVEGNO (*Genova*). — Consor. con Gorreto; lire 10,600 e 10 bienni, oltre a varie indennità. Scad. 15 settembre.

SASSARI. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari di La Maddalena e di Pattada; vedi fasc. 32 e 34; scad. 15 sett.

Uff. san. Ozieri; L. 6000; scad. 30 sett. Tassa L. 50.20. Doc. alla Prefettura.

SENOSECCHIA (*Trieste*). — Al 15 sett.; v. fasc. 32.

SORANO (*Grosseto*). — Scad. 20 sett.; v. fasc. 34.

TORRICE (*Frosinone*). — Scad. 20 sett.; vedi fasc. 34.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario; scad. 10 sett.; vedi fasc. 32.

VILLANOVA DI CAMPOSAMPIERO (*Padova*). — Scad. 15 sett.; L. 9000; c.-v.; L. 3000 per cav.; L. 500 uff. san.; tassa L. 50.10.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Pisa.

Onoranze al prof. Barduzzi.

Un Comitato di scienziati italiani ed esteri, presieduto dal ministro Fedele, celebra a Bagni San Giuliano l'ottantesimo genetliaco di Domenico Barduzzi, decano della idrologia italiana e pioniere della moderna crenoterapia e della storia della medicina.

Il comune di S. Giuliano è stato in festa per il conferimento della cittadinanza onoraria all'illustre idrologo. Le case erano adorne di drappi e bandiere; la popolazione era tutta animata in attesa delle personalità che dovevano prender parte alla cerimonia. Tra gl'intervenuti erano il prefetto dott. Terzi, il podestà di Pisa on. Buffarini, il prof. Küsoli dell'Ambasciata tedesca, i professori Devoto, Taddei, Silvestrini, Bilancioni, Carreras, Gabbi e moltissimi altri.

Il podestà di S. Giuliano avv. Melani con nobili, brevi parole consegnò al Barduzzi una pergamena sulla quale è riportata la deliberazione podestarile con la quale al prof. Domenico Barduzzi, per unanime consenso della popolazione, si decreta la cittadinanza onoraria a dimostrazione dell'affetto e della viva riconoscenza per l'opera da lui svolta in un quarantennio di direzione delle Terme. Il festeggiato, applaudito e ascoltatissimo, pronunciò un discorso, ringraziando le autorità e la cittadinanza.

Dopo la cerimonia il Podestà ha offerto agli intervenuti un signorile rinfresco.

Poi ha avuto luogo una importante seduta nel *Tepidarium* delle Terme, seduta alla quale oltre agli eminenti idrologi convenuti sono intervenute le autorità. Il Segretario del Comitato ha dato lettura delle centinaia di adesioni pervenute tra le quali quelle di S. E. Fedele, di S. E. Bodrero, del comm. Malinverno, dell'on. Maraviglia, di S. E. il Cardinale Lega, dei senatori Queirolo, Giordano, Bianchi, Zerboglio e Rossi, di mons. Attuoni, dei Podestà di Chianciano, di Faenza, di Rimini, dei Rettori delle Università di Pisa, Padova, Firenze, Roma, Messina, Catania, del dott. Jonwaque di Bruxelles, del dott. Moore di Dublino, del dott. Wybow di Spa, del prof. Zoltan Dalmady di Budapest, ecc.

Alla seduta hanno parlato l'on. Fabbri, e successivamente il prof. Carreras che ha portato il saluto dell'Associazione italiana di idrologia e climatologia, il prof. Luisada che ha dato il saluto per l'Associazione di Idrologia dell'Italia Centrale, il gr. uff. Rebucci il quale ha parlato in nome pure dell'on. Maraviglia che lo aveva delegato a rappresentarlo, il prof. Caroli che ha portato al venerando scienziato il saluto di Siena dove il prof. Barduzzi fu per vario tempo Rettore dell'Università, il prof. Silvestrini di Brisighella, città natale del festeggiato, il prof. Bilancioni il quale ha pronunciato il discorso ufficiale ed il cav. uff. Lischi.

Al prof. Barduzzi è stata offerta dal grande ufficiale Rebucci una magnifica medaglia d'oro dono dell'Associazione di Idrologia; altra medaglia d'oro è stata offerta dal prof. Caroli per la città di Siena ed una artistica significativa pergamena dal dott. Silvestrini.

Poco dopo, il capo del fascismo della provincia on. Buffarini, il Prefetto, il Questore, il comm. Rebucci e le altre personalità si recavano alla sede del Fascio, dove avanguardisti e fascisti in divisa prestavano servizio d'onore. Nella sala delle adunanze del Fascio il segretario politico sig. Gnesi ha dato il benvenuto agli ospiti e quindi ha offerto lo champagne augurale. La popolazione adunatasi sulla piazza, all'uscita delle autorità dalla sede del Fascio ha improvvisata una calorosa dimostrazione di simpatia.

Infine ha avuto luogo il banchetto nel giardino del Casino delle Terme. Allo champagne il segretario del Comitato ha letto nuovi telegrammi di adesione e quelli delle Associazioni di Idrologia tedesca e ungherese che nominano il prof. Barduzzi membro onorario delle rispettive associazioni. Il Podestà di Pisa on. Buffarini ha portato il saluto di Pisa e di tutte le camicie nere della provincia assicurando che ogni suo intento sarà rivolto al risorgimento del paese ospitale e ridente. Hanno parlato il comm. Sossi a nome della Direzione delle Terme, il prof. Gurrieri ed il Prefetto, che ha recato il saluto del Governo, concludendo con un caldo inno alla Patria ed un devoto saluto al Re, al fascismo ed al Duce. Hanno poi parlato il dott. Pellegrini per i medici d'Italia, e il gr. uff. Rebucci il quale ha pronunciato uno smagliante discorso accolto da entusiastiche ovazioni. È stato letto un telegramma per il Capo del Governo. Per ultimo il festeggiato, vinto dalla intensa commozione, ha pronunziato parole di ringraziamento, inneggiando al Duce ed al Fascismo. Durante il banchetto sulla piazza delle Terme la musica ha svolto uno scelto programma.

In onore del Barduzzi il Comitato ha anche dato alla luce un magnifico opuscolo, coi tipi delle Arti Grafiche Nitti di Pisa.

* * *

Domenico Barduzzi è una gloria romagnola, nato a Brisighella, delle cui acque è stato sempre fervido propugnatore. E prima di dirigere le Terme di Sangiuliano cui tuttora presiede, egli è stato consulente anche di quelle di Castrocaro, di cui appunto in questi giorni è stato nominato dalla città consultore onorario. E mentre il Comune dei Bagni di S. Giuliano gli ha conferito la nomina a cittadino onorario, la sua terra natale — Brisighella — e la città di Faenza (ove il Barduzzi fece i suoi primi studi al Taricelli) gli offriranno artistici ricordi. Nè Siena, ove l'illustre Maestro ha trascorso tutta la sua vita universitaria, ha voluto essere da meno e gli offrirà una grande medaglia d'oro.

Modesto in ogni suo atto della vita, è stato sempre di una prodigiosa attività tutta spesa per la Patria e la scienza: e proprio in questi giorni sono uscite due opere voluminose del Barduzzi.

Una è il secondo volume del *Manuale di Storia della medicina* — edito dalla Sten di Torino — e nel quale l'Autore si è studiato di porre in evidenza come nei secoli XVIII e XIX l'opera dell'Italia ad arte trascurata, senza vantare dei primati, abbia però molto contribuito al grande edificio delle scienze mediche e naturali moderne. Ed un merito poi notevole ha questo studio: popolarizzare la storia della medicina.

E nel nuovo volume sull'idrologia moderna preparato dal Trambusti di Genova, Domenico Barduzzi ha illustrato la moderna crenoterapia. Studio profondamente analitico che gioverà molto alla formazione di quella classe di medici specialisti idrologi che tuttora difetta in Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

Esposizione del Giornale medico italiano.

In occasione dei cinque Congressi Medici che si terranno prossimamente a Parma dal 18 al 24 ottobre, vi sarà anche, nella sala dell'Esposizione Libraria, una mostra del « Giornale Medico Italiano ». I congressisti potranno così formarsi una giusta idea dell'attività italiana nel campo della medicina scientifica e clinica.

I periodici che intendono di partecipare alla Mostra basterà che inviino, entro il 15 settembre, un fascicolo al prof. Gabbi, direttore R. Clinica Medica di Parma.

V Congresso dei pediatri di lingua francese.

Si riunirà a Losanna dal 29 sett. al 1° ott., sotto la presidenza del prof. Taillens. Temi: « Trattamento della poliomielite »: *a*) agenti fisici, rel. Duhem di Parigi; *b*) sieroterapia, rel. Etienne di Nancy; *c*) ortopedia e chirurgia, rel. Nicod di Losanna; « Broncopolmonite »: *a*) batteriologia e profilassi, rel. Dufourt di Lione; *b*) sieroterapia e vaccinoterapia, rel. Grenet di Parigi. Si preparano delle escursioni. Per informazioni rivolgersi al Dr. J. Hallé, 100, ru du Bac, Paris (VIe).

I Congresso Pan-Americano di tisiologia.

La Commissione organizzatrice, presieduta dal dott. J. A. Caferata, raccomanda d'inviare con la maggiore sollecitudine i titoli delle comunicazioni, affinchè queste possano essere classificate e ripartite.

La segreteria generale del Congresso ha sede in: Avenida General Paz 87, Cordoba; la segreteria del Comitato presso la « Asociación Médica Argentina », Cordoba.

La quota è fissata in 10 pesos argentini; essa conferisce il diritto di partecipare ai lavori e di ricevere gli Atti.

Giornate Mediche Brasiliane.

Il periodico « Bruxelles-Médical » annunzia che il prof. Delmiro Valverde intende organizzare per il luglio 1928 le Giornate Mediche a Rio de Janeiro.

Conferenza demografica.

Dal 31 agosto al 2 settembre si riuniranno a Ginevra alcuni specialisti in demografia per studiare l'accrescimento della popolazione e le sue conseguenze dal punto di vista nazionale e internazionale. Tra i principali problemi che saranno trattati segnaliamo: la natività differenziale; la densità *optimum* delle popolazioni; le migrazioni e il loro controllo; fecondità e sterilità in rapporto alla popolazione.

Società Italiana di Biologia Sperimentale.

Il 23 luglio si è riunita la Sezione di Messina nell'aula dell'Istituto di Zoologia. Essendo l'ultima seduta per l'anno accademico corrente, alla fine della discussione delle importanti comunicazioni poste all'ordine del giorno, ha preso la parola il prof. G. Izar, il quale ha rivolto al presidente della sezione, prof. C. Ciaccio, il vivo plauso ed espresso la stima sincera dei soci tutti.

Ringraziando, ha risposto il prof. Ciaccio, il quale ha fatto notare che, con l'attiva collaborazione della maggior parte dei soci anche questo anno, come lo scorso anno, l'attività della sezione di Messina ha notevolmente superato quella delle altre sezioni, sia pur numero di riunioni annuali, sia per numero complessivo di comunicazioni. Figura, infatti, quest'anno la detta sezione con un complesso di ben 54 comunicazioni svolte nelle otto sedute tenute dal dicembre 1926 al luglio 1927.

Federazione Internazionale delle Organizzazioni d'Eugenica.

La prima conferenza avrà luogo ad Amsterdam dal 19 al 25 settembre, contemporaneamente all'assemblea dell'Istituto Internazionale d'Antropologia.

Due temi sono portati all'ordine del giorno: « Gl'ibridismi umani », relatori Davenport e Myoen; « Significato del termine *Eugenica* », relatore A. Govaerts.

La Federazione terrà anche due sedute d'ordine amministrativo.

Nella Lega nazionale contro il cancro.

Nella Provincia di Torino si è costituita una Sezione della Lega Centrale Italiana contro il cancro; ne fu nominato presidente il prof. Pescarolo. Essa ha aperto un Ambulatorio pubblico, personalmente diretto dal prof. Pescarolo, e si propone di dare maggiore impulso, con l'adesione alla Lega Centrale, al Centro ospitaliero per lo studio, la diagnosi e la cura del cancro.

L'Istituto Oncologico Italiano.

Il sen. L. Mangiagalli dà notizia, negli « Annali di Ostetricia e Ginecologia » (n. 7), del grandioso Istituto Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro, il quale verrà inaugurato ed aperto alla sua nobile ed alta missione nel corso di quest'anno.

L'idea venne lanciata il 19 genn. 1925 dal Mangiagalli, in una riunione del Palazzo Marino, per celebrare il 25° anno di regno del sovrano; allestito rapidamente il progetto di massima dall'ing. Ferrini, qualche mese dopo, il 28 aprile si deponeva la prima pietra alla presenza del Sovrano e del Ministro della P. I.; nel frattempo era stata raccolta per sottoscrizione la somma di circa 10 milioni. Il progetto di massima venne convertito in definitivo ed i lavori cominciarono e proseguirono alacremente. L'Istituto Sieroterapico Milanese aveva donato un'area di 10,000 mq.; ma si dovette rinunziarvi e allora esso convertì la donazione nel contributo di mezzo milione. L'area su cui sorge l'Istituto, estesa 12,000 mq., è all'angolo tra le vie G. Ponzio e A. Righi. L'Istituto è stato concepito ed attuato su vasto disegno. Ne è stato nominato direttore generale il prof. Fichera; condirettori saranno i proff. Rondoni, Pepere, Perussia, Alfieri, dirigenti le sezioni biologico-sperimentale, anatomica, radiologica e ginecologica.

Nuovo istituto per il cancro al Brasile.

È sorto recentemente per opera della Fondazione Osvaldo Cruz, a Rio de Jainero, ed è fornito di tutti i più perfetti e completi metodi d'indagine e di cura medica, chirurgica, radiologica, ecc.

La sezione ospitaliera è divisa in due reparti, uno di vero ospedale e uno ad uso dispensario; l'ospedale possiede alla sua volta due reparti, uno per la Roentgenterapia, e uno per la cura del radio.

L'ospedale, oltre ad accogliere i malati poveri, dispone anche di camere a pagamento. Si ritiene che questo Istituto sia il primo del mondo per grandiosità e perfezione di mezzi.

Per il progetto del nuovo Ospedale Maggiore di Milano.

Si è chiuso il concorso per il progetto di costruzione del nuovo Ospedale Maggiore di 1500 letti, che dovrà sorgere, come è noto, nella località tra Affori e Niguarda e Villa Lonati. I concorrenti sono stati 28. Si dovrà ora procedere ad una esposizione pubblica ed è in corso la nomina della commissione d'esame. Com'è noto, sono fissati tre premi di L. 100,000, 75,000 e 50,000 ed un rimborso di spese in L. 20,000 per ciascuno dei dieci progetti classificati primi.

Istituto antirabico di Genova.

È stato aperto a Genova un Istituto antirabico, alle dipendenze della Direzione dei servizi comunali d'igiene e di sanità pubblica; è diretto dal dott. Tanda, capo del Laboratorio batteriologico municipale. Per ridurre le spese di soggiorno ai curandi, sono state stipulate convenzioni con alcuni alberghi della città.

Centro di rieducazione uditiva a Parigi.

Il dott. de Parrel ha fondato a Parigi un Centro di Rieducazione per infermi della voce, della parola e dell'udito. Egli è coadiuvato dalla dottoressa Henriette Hoffer, professoressa di scuola primaria, normale e superiore, diplomata dall'Istituto Nazionale dei Sordomuti di Parigi. Per ogni informazione rivolgersi al dott. de Parrel, boulevard Malesherbes 78, Paris (VIIIe).

Un ambulatorio per l'igiene mentale a Baltimora.

Verrà istituito ad iniziativa della Società per l'Igiene Mentale del Maryland, presso la Scuola di Medicina dell'Università di Maryland, e affidato al dott. Ralph C. P. Truitt; entrerà in funzione nel prossimo ottobre.

Nuove specialità Ospedaliere.

Il « Jewish Memorial Hospital » di Bronx, a New York, ha creato tre nuove Sezioni per la cardiologia, il metabolismo basale e la chirurgia plastica; verranno affidate a primarî specialisti.

Beneficenza.

Il maggiore cav. Enrico Ballerio — padre di un valoroso capitano medico caduto in guerra a Gorizia nel 1917 — ha lasciato erede universale delle sue sostanze, che ascendono a più di 3 milioni di lire, l'Ospedale Maggiore di Milano, riservando alla moglie l'usufrutto.

La signora Giuseppina Brera ha disposto un legato di 150,000 lire a favore degl'infermi dell'Ospedale Maggiore di Milano, esprimendo il *desideratum* che la beneficenza della sua famiglia abbia in qualche modo ad essere ricordata in uno dei padiglioni dell'erigendo nuovo Ospedale. A tale proposito va ricordato che la sorella, signora Rachele, recentemente lasciava all'Ospedale suddetto 200,000 lire e che anche il fratello, il compianto monsignor Carlo Brera, è stato un benefattore del Pio Luogo.

La nuova amministrazione del « Progresso Italo-Americano » ha offerto 50 mila dollari, in memoria di Carlo Barsotti, per l'erigendo ospedale italiano di New York.

Nella stampa sanitaria.

Ha iniziato le pubblicazoni il « Giornale Medico dell'Ospedale Civile di Venezia », destinato a raccogliere i risultati delle osservazioni e delle ricerche compiute nel grande nosocomio, in modo che questo non limiti la sua funzione all'assistenza medica, ma sia centro di diffusione scientifica.

È redatto da F. Brunetti e F. Delitata; segretario di redazione ne è il dott. Cagetti. Sarà a periodicità bimestrale. Il primo numero, che reca la data di maggio-giugno, contiene pregevoli memorie di D. Giordano, F. Brunetti, G. Jona, S.

Marconi e C. Ciceri, i resoconti delle adunanze scientifiche tenute nell'Ospedale e la cronaca ospedaliera. L'abbonamento annuo importa L. 20; un numero separato L. 4.

Augurî.

Pubblicazioni giapponesi nel 1926.

Nel 1926 furono pubblicati nel Giappone 58,971 libri e riviste, il che segna un aumento di 17,800 circa sull'anno precedente; di essi 20,313 erano libri e il resto periodici e pubblicazioni ufficiali. I libri di medicina raggiunsero il numero di 517.

L'acquedotto del Serino.

Nel celebre acquedotto che fornisce la città di Napoli sono state convogliate le sorgenti Pelosi, la cui portata varia da 30 a 60 mila mc. nelle 24 ore.

Assistente farmacista condannato.

Il Tribunale di Mantova ha condannato a tre mesi di reclusione e mille lire di multa il signor Felice Fraini, assistente nella farmacia di Acquanegra sul Chiese, per avere venduto senza ricetta medica delle compresse di sublimato, oltre a compresse di chinina, ad una giovinetta che, per mezzo di esse, si era suicidata; ha assolto il conducente la farmacia dott. Paolo Agostini. È stato interposto appello.

Evasione di lebbrosi.

I giornali politici hanno dato notizia dell'evasione di alcune centinaia di lebbrosi da un lazzaretto dello Stato di San Paolo nel Brasile. Essa ha dato origine a scene di terrore ed a caccie spietate.

Spedizione per raccogliere la glandola pituitaria delle balene.

Sotto la direzione del dott. Max S. Dunn, professore assistente di biochimica all'Università di California, la nave baleniera «Lansing» ha intrapreso una crociera lungo le coste della California e del Messico, allo scopo di catturare delle balene per estrarne allo stato di freschezza le glandole pituitarie o altri organi a secrezione interna, il cui studio viene ora compiuto nei laboratorî dell'Università.

A Verona a soli 37 anni è mancato il prof. CARLO GRANDE. Aveva studiato a Torino ed era stato assistente del Gradenigo, presso il quale a Napoli aveva conseguito la libera docenza in otorinolaringoiatria. Scrisse pregevoli memorie fra le quali una accurata e completa monografia sulle complicazioni endo-orbitali di origine nasale. Professionista e collega stimatissimo, la sua fine ha destato generale compianto. Alla signora ed alla famiglia le nostre sentite condoglianze.

CIPRIANI.

È morto a 73 anni il dott. ERWIN FRINK SMITH, dottore in scienze naturali, direttore del laboratorio per la patologia vegetale del Dipartimento per l'Agricoltura degli Stati Uniti, un posto che egli occupava da quarant'anni. Le sue scoperte nel campo della batteriologia vegetale hanno fatto epoca; in specie quelle relative al tubercolo degli olivi, di cui dimostrò le analogie con i tumori maligni degli animali, richiamarono l'attenzione universale. Nel 1924 fu fatto presidente della Società Americana per lo studio del Cancro; l'Associazione Medica Americana gli decretò un diploma d'onore. R.

Si è spento il prof. ARTURO GUZZONI DEGLI ANCARANI, direttore della Clinica ostetrico-ginecologica della R. Università di Modena. Ne daremo più ampia notizia prossimamente.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di giugno 1927.

MALATTIA	30 mag. 5 giug.		6-12		13 19		20 26	
	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi
Morbillo	319	1955	309	1547	286	1660	294	1637
Scarlattina	111	394	136	417	119	362	102	306
Varicella	108	254	120	241	95	212	86	180
Vaiuolo e Vaiuoloide	1	1	1	1	1	1	—	—
Tifo addominale	244	471	205	408	254	438	282	549
Dissenteria	3	4	4	9	8	16	13	14
Difterite e croup	149	233	123	229	131	228	121	195
Meningite c. s. e.	5	8	6	6	2	2	8	9
Poliomielite a. a.	2	2	5	5	4	4	7	9
Encefalite letargica	5	6	3	3	6	6	3	3
Rabbia – morsicati	71	130	70	153	60	109	62	115
Rabbia – dichiarata	2	2	—	—	1	1	—	—
Pustola maligna	13	15	17	19	26	29	20	26

Tifo chiale, colera asiatico, peste bubbonica nunzia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Paris Méd., 26 feb. — TIFFENEAU. Lez. inaugur. di farmacol. — MATEESCO. Singhiozzo influenzale contagioso.

Arch. Fascista di Med. Polit., mar.-apr. — U. GABBI. Medicina politica. — A. FERRANNINI. Statizzazione della lotta contro la tbc.

Riv. Ital. di Ginecol., feb. — L. MAGNANI. Formazioni lipomatose nella sfera genitale muliebre. — C. SUPERBI. Modificazioni istolog. dell'utero e delle ovaie da raggi X.

Norsk Magaz. Laeg., mar. — G. TOVERUD. Influenza della gestaz. sui denti. — H. A. SALVERSEN e R. MAGNUSSEN. Mononucleosi infettiva (febbre glandolare).

Riv. Ospedal., feb. — N. PENDE. La vecchiaia può essere ritardata?

Annali d'Ig., feb. — V. MARINO e A. RICCARDI. Filtrabilità del virus tbc. — G. SANGIORGI. Diffusione e importanza in natura del «principio litico».

Vers la Santé, mar. — M. E. H. LEWINSKI-CORWIN. Evoluzione degli ospedali americani. — E. PITTARD. Il cancro nelle razze umane.

Clinica y Labor., feb. — L. LAZZARINI. Rigenerazione ossea.

Mediz. Klinik, 4 mar. — P. LAZARUS. Irradiaz. del carcinoma in specie con raggi β. — A. LUGER. Palpaz. dell'addome.

Wien. Klin. Woch., 3 mar. — HERSCHMANN e NEURATH. Pubertà precoce. — PROGULSKI e REDLICH. Immunizzaz. con tossina di difteroide.

Deut. Med. Woch., 4 mar. — KAPPIS e FULDE. Posiz. del chirurgo nell'ittero. — SACHS e KLOPSTOCK. Modificazioni sifilitiche del sangue.

Münch. Med. Woch., 4 mar. — KÖNIG. Modificazioni e compiti della chirurgia. — KNAUS. Cause del travaglio. — DEMEL e SCHULZE. Bile lattea.

Lancet, 5 mar. — R. J. S. MCDOWALL. Fisiologia della monotonia. — D. MACKENZIE. Trattamento delle scottature.

Journ. Méd. Franç., feb. — Numero sulle crisi ipertensive.

Stomatologia, mar. — A. BRUSOTTI. Protesi nasale esterna.

Rev. de Hyg. y Tub., 31 dic. — E. E. MEYER. Classificaz. della tbc.

Presse Méd., 26 feb. — J.-A. SICARD. Il ballottamento del piede, segno di lesione piramidale. — R. CRUCHET. Errori e pericoli del freudismo.

Ann. Inst. Pasteur, feb. — A. BERTHOLET e al. La tossina tetanica e sua trasform. in anatossina. — A. SPERAUSKI. Ricerche sulla rabbia.

Dermosifilografo, feb. — G. DE CANDIA, G. MAGGIULLI. Il vaccino Nicolle nell'ulcera molle.

Bull. Ac. de Méd., 22 feb. — H. VINCENT. La gangrena polmon.

Anales del Hospital de la Sta Cruz y L. Pablo, 15 gen. — S. NOGUER-MORÉ. Processi precancerosi della lingua e loro radiumterapia.

Rass. Clinico-Scientif. dell'Istituto Biochim. It., 15 feb. — Numero dedicato alla chirurgia.

Bull. Méd., 2 e 5 mar. — F. FRANÇON e R. MERKLEN. Diagn. differenz. tra sciatica e coxartrite.

Rev. Méd. d. Uruguay, gen. — J. B. MORELLI e J. N. QUAGLIOTTI. Poliglobulia oscillante o «a fisarmonica».

Paris Méd., 5 mar. — Numero sulla sifilide e le malattie veneree.

Rev. Méd. Latino-Americ., gen. — P. ESCUDERO e M. E. VARELA. La biopsia midollare nell'ittero emolit. e nell'anemia pernic. — L. DE MARVAL. Il liquido c.-sp. nella sifil.

Presse Méd., 5 mar. — M. VILLARET e J. BAILEY. L'avvenire dei traumatizzati cranio-cerebrali.

Journ. A. M. A., 19 feb. — M. G. SEELIG. Principî fondamentali nella cura operativa dell'ernia inguin. — L. H. SNYDER. L'eredità umana. — C. E. BURFORD. Nefropessia nelle pieghe dell'uretere da ptosi.

Folia gynaecol., n. I. — L. CATTANEO. Nefropatia gravidica azotemica. — G. ALBANO. Diagn. differ. tra nefropatia gravidica e nefrite in gravidanza. — II. - F. MARABOTTO. Azione dell'urotropina negli stati tossico-gravidici. — D. FERRACCINI. Funzionalità del feg. e del rene in gravidanza.

Ann. Med. Nav. e Col., I-II. — LA PORTA. Chimica di guerra. — QUINTARELLI. Ulcera necrotica della volta palatina consecutiva ad iniezioni di cocaina-adrenalina.

Riv. di Patol. nerv. e ment., gen.-feb. — A. MASSAZZA. Contenuto nel liquor dei prodotti di scissione della molecola albuminoidea. — M. CAMIA. I virus filtrabili e le malattie mentali.

Riforma Med., 21 feb. — R. SILVESTRINI. Meningite influenzale. — E. PERITI. Proprietà agglutinanti dei sieri e genemia.

Bull. Ac. Méd., 1 mar. — FAURE. Recrudescenza delle morti subitanee.

Soc. Méd. d. Hôp., 3 mar. — C. LIAN e GILBERT-DREYFUS. Tosse cardiaca e forma pertossoide dell'insuffic. card. — LESNÉ e alt. — Siero antidifter. purific. di Ramon. — C. AUBERTIN e DESTOUCHE. Linfogranulomatosi con milza normale.

Revue de Méd., 9. — M. WOLFF e A. WALLETTE. Gotta calcare e sclerodermia nei loro rapporti col metabolismo del calcio.

Medic. Ital., dic. — G. DE SIMONE. Capillariscopia in pediatria.

Ann. di Ost. e Gin., feb. — P. PINCHERLE. La sacro-ileite in ginecologia.

Arch. Mal. App. Digestif., ecc., feb. — L. BOUCHOUT e P. P. RAVAUT. Le piloroduodeniti. — C. ODDO e al. Le simpatesi inter-digestive.

Minerva Med., 10 mar. — A. TURCO. Gravidanze extrauterine. — G. COLLE. Osteomielite sperim. da virus filtrato.

Welfare Mag., feb. — L. A. STONE. Igiene sessuale.

Cult. Med. Mod., 1 mar. — L. BERETVÀS. Terapia antisifilit. perorale.

Journ. Am. Ass. Med.-Phys. Res., 15 feb. — G. VIOLA. Ricerche sul cancro.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 mar. — L. JULLIEN. Febbre d'invasione tubercolare, siero di Jousset e reaz. di Besredka.

Wien. Klin. Woch., 10 mar. — WINKLER. Ascoltazione carotidea nelle malattie aortiche. — REITLER. Cadmioterapia della malaria.

Lancet, 12 mar. — D. ARMOUR. Chirurgia del midollo spinale e delle sue membrane. — R. S. ALLISON. Intolleranza per i carboidrati nella pinguedine e obesità.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 6 mar. — A. CATTANEO. Applicaz. pratica del sondaggio duoden. — R. MENASCI. Dosaggio della colesterina del sangue nelle mal. infett. ac.

Morgagni, 27 feb. — A. PUCA e G. CASCELLI. Modificazioni della curva leucocitaria nel pneumotorace art.

Journ. A. M. A., 26 feb. — A. DEAN BEVAN. Etica medica. — J. B. DEAVER e E. L. BORTZ. Patol. della cistifellea. — A. C. EVANS. Infez. umana col germe dell'aborto infettivo dei bovini e dei cani.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 1 mar. — G. DE M. RUDOLF e R. G. S. MARSCH. Metabolismo dei carboidrati nella malaria.

Gaz. d. Hôp., 12 mar. — L. ISÉMEIN. Trattam. chirurg. della dilataz. dei bronchi.

Münch. Med. Woch., 11 mar. — GUTHMANN. Foto-eritema, pigmentazione e lunghezze d'onda. — PAKHEISER. La questione sifilide-paralisi.

Deut. Med. Woch., 11 mar. — BENTHIN. Sala operatoria e di medicatura: organizzaz. e funzionamento. — MANTENFEL. Il siero antiluetico.

Mediz. Klinik, 11 mar. — G. DOMAGK. Danni dei reni da raggi X. — K. FAHRENKAMP. Rafforzam. dei preparati digitalici.

Studium, 20 feb. — Numero su A. Cardarelli.

Pathologica, 15 feb. — E. BANCHIERI. Az. del veleno di cobra sull'attività del corpo intermedio del liq. cef.-rach. — E. PUCCINELLI. Analisi istochimica di alcune alterazioni infiltrative della sost. nervosa.

Arch. Méd.-Chir. de l'App. respir., n. 5. — LOEPER e R. TURPIN. Carcinomatosi secondaria acuta del polm. — J. PERQUIN e G. RICHARD. Radioterapia penetrante nei tumori del mediastino. — P. COTTENOT. Aspetti radiologici della regione ilare.

Arch. de Cardiol. y Hemat., feb. — R. ALCALÀ SANTAELLA. Anatomia del fascio di His e della rete di Purkinje.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIV Roma, 5 Settembre 1927 Fasc. 36

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO D'IGIENE E BATTERIOLOGIA
DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI CAGLIARI.
Direttore: Prof. G. PETRAGNANI.

La posologia nell'autovaccinoterapia.

G. PETRAGNANI.

Invitato, da più di un Clinico, ad allestire l'autovaccino per questo o quel malato, previo isolamento in cultura pura dell'agente infettante; una volta confezionato l'autovaccino, mi son sempre inteso domandare quale dovesse esserne la dose da iniettare.

La domanda è giusta da parte del Clinico, ma la risposta non è certamente facile.

Se la ricerca della dose minima e sufficiente dei vaccini preventivi, è già difficoltosa e non scevra di inconvenienti, ancor più difficile diventa tale compito per gli autovaccini, nei quali il germe ha una virulenza non nota e l'individuo, che li riceve, è in condizioni anormali, del tutto variabili da caso a caso.

Nella preparazione di un vaccino profilattico anticolerico, antitifico, antipestoso, ecc., la dose di prima o seconda vaccinazione si stabilisce in base alla conoscenza del valore tossico ed aggressivo degli stipiti impiegati e della tecnica usata nella preparazione.

La titolazione definitiva del valore tossico e vaccinante del prodotto ultimato viene poi determinato sugli animali di laboratorio e, più tardi, ancora dai risultati sull'uomo. Questo è un elemento prezioso per una giusta posologia.

Questi mezzi mancano del tutto quando si tratta di determinare la dose di un autovaccino. Lo stipite ha una aggressività e tossicità non nota e l'organismo ha, per esso, una modalità allergica molto soggettiva. Il definire, in questi casi, il numero dei germi presenti in un cc. di una sospensione di quel germe ucciso, se può essere utile a togliere una curiosità, non dà alcun elemento di sicurezza per i risultati che si vogliono conseguire. Ed anche la ricerca del valore tossico sugli animali di laboratorio, se porta certamente a perdere qualche giorno di tempo, non dà un elemento riferibile al malato.

Ammesso preventivamente che l'autovaccinoterapia sia un intervento possibile solo in quegli individui che hanno ancora una notevole energia difensiva potenziale, non ancora convenientemente tradotta in atto per la difesa pronta contro l'infezione, è da credere che essa vada con felice intuito clinico consigliata agli ammalati prima che essi cadano in esaurimento e compaiano i segni anallergici. Nei casi di infezioni localizzate, ad andamento torpido, il clinico trova anche dopo un temporeggiamento di settimane o mesi la utilità di un tale intervento; ma nei casi in cui la

infezione è diffusa e vi è grave risentimento generale, la opportunità dell'autovaccinoterapia non può essere tenuta a lungo in discussione, senza vedersene sfuggire la opportunità.

E' presupposto dell'autovaccinoterapia la possibilità di stimolare quell'organismo, infetto, ad una migliore funzione allergica; quindi la necessità di proporzionare quello stimolo alla capacità ed alla modalità reattiva di quell'organismo.

Sapendosi che la reazione immunitaria ha come indice inseparabile il rialzo termico, è da chiedersi se la curva termica del paziente consenta una tale ascesa e sino a quale limite.

La difficoltà dell'autovaccinoterapia sta nel potere con esattezza misurare, preventivamente, la reazione conseguenziale all'iniezione di vaccino.

Di fronte ad una tale difficoltà, ben poco vale la ricerca del quantitativo numerico dei germi per cc. di vaccino; ancora poco utile la ricerca del valore tossico del vaccino stesso sugli animali di laboratorio.

Basandosi solo su questi elementi, l'incognita permane: al trattamento può conseguire o una insufficiente reazione, se si è usata molta prudenza, o una violenta esplosione, in qualche caso anche funesta, se si è esagerato nella dose.

È mio pensiero che si debba in ogni modo cercare di misurare l'azione dell'autovaccino sullo stesso individuo malato.

Da tempo vado consigliando il trattamento a dosi subentranti, di sei in sei ore, per via sempre più profonda, dal derma al sottocute, ai muscoli, circolo, fermandosi appena si incontri una apprezzabile reazione termica.

Il batteriologo allestirà l'autovaccino, con la tecnica che gli è propria, e darà ad esso la concentrazione solita per i vaccini ad uso profilattico (di germi di specie vicina a quella del germe in questione). Verificatane la sterilità, lo rimette al clinico. Questi poi ne farà:

1) una iniezione di 1/10 di cc. nello spessore del derma;

2) dopo sei ore, se alcuna reazione termica ed alcun arrossamento non è apprezzabile al punto d'iniezione, una seconda iniezione nel sottocute di cc. 0,1 o 0,2, a seconda che l'impressione del clinico sia per l'una o l'altra dose;

3) dopo sei ore, se alcuna reazione non è seguita alla seconda iniezione, ancora cc. 0,3 o 0,4 nel sottocute;

4) dopo altre sei ore, se nessuna reazione è seguita, 1/2 cc. o 1 cc. del vaccino nello spessore dei muscoli.

Nella più parte dei casi questa reazione consegue già alla seconda o alla terza iniezione (sottocutanea); ma, se si allestiscono vaccini notevolmente densi, si può anche notare una pronta reazione alla prima iniezione intradermica. Se capitassero casi, da me non conosciuti, ma ammissibili in linea d'ipotesi, nei quali la reazione non interviene alla terza o quarta iniezione subentrante, più che continuare in una lunga serie di iniezioni, per via sottocutanea o endomuscolare, a me sembra più promettente procedere alla introduzione di vaccino direttamente per la via del circolo, naturalmente con le precauzioni che il caso suggerisce e, quindi, iniziando, anche per tale via, con dosi minime di vaccino.

Il frazionare, di sei in sei ore, la dose minima sufficiente allo stimolo per una allergia difensiva, è vantaggevole. In vari casi clinici, molto interessanti, in cui è stato seguito tale procedimento, i risultati sono stati veramente buoni. Per esso si riesce veramente a misurare la dose di vaccino necessaria per l'effetto che si vuol conseguire.

Sorpassata la fase reattiva alla prima serie di iniezioni, il clinico giudicherà se sia il caso di ripetere un nuovo trattamento di autovaccinoterapia, che in ogni caso sarà distanziato dal primo di sei-sette giorni e praticato con gli stessi riguardi e con dosi subentranti, come nel primo trattamento.

Nella preparazione degli autovaccini, io ho sempre seguito il metodo della omogeneizzazione dei corpi batterici con idrato sodico e successiva neutralizzazione con HCl e, stantechè essi hanno dato sempre buoni risultati, credo utile indicarne la tecnica anche perchè essa ci permette di ottenere in poche ore un vaccino sicuramente sterile.

VACCINO OMOGENEIZZATO.

Preparazione. — Fatto l'isolamento del germe, dal materiale patologico, ed ottenutane la cultura pura in terreno solido, si porta, con l'ansa di platino, una parte della patina in un provettone sterile, con idrato sodico al 4 %. In media si metteranno per ogni cc. di idrato sodico da una a dieci ansate di patina cultura.

Si omogeneizza con adatto movimento e si mette in termostato, agitando di nuovo alla mezz'ora. Per alcuni stipiti batterici (tipo vibrione colerico, B. Coli, paratifi, tifo, dissenterici, diplococco di Loeffler, di Weichselbaum, Neisser, ecc.) si nota già dopo pochi minuti una diafanizzazione del liquido, che arriva sino a completa trasparenza; per altri microbi (stafilococchi, streptococchi, streptotricee, ecc.) l'omogeneizzazione si ferma a un punto intermedio, oltre il quale non prosegue, anche lasciando trascorrere un molto maggior tempo. Dopo un'ora, si passa alla *neutralizzazione* con la soluzione sterilizzata, in autoclave, di acido cloridrico (densità 1,8 diluito al 16 ‰).

Il punto neutro si percepisce molto bene, perchè il liquido in quel momento diventa notevolmente opalescente e, se si proseguisse nell'aggiunta di acido, presenterebbe la separazione di flocculi. In ogni caso, al primo accenno, si controlla toccando, coll'ansa caricata del liquido in via di neutralizzazione, una cartina rossa ed una azzurra al tornasole. Raggiunta la neutralizzazione si può fare ancora una diluizione in soluzione fisiologica cloruro sodica, sterile, con uno, due o più volumi, a seconda del numero di ansate messe nella soda. Si semina in terreno adatto, per la ricerca della sterilità, e poi si passa al clinico.

Un tal metodo di preparazione dei vaccini fu da me introdotto da vari anni e me ne servii anche per la preparazione degli antigeni, pretesi anafilattogeni, dell'asma. La tecnica da me seguita (vedi *Policlinico*, Sez. med., anno 1922: *Ricerche sperimentali sulla cosidetta asma anafilattica*) era alquanto difficoltosa perchè impiegavo delle soluzioni esattamente titolate di Na OH ed HCl. N/3,3 con le quali, dopo neutralizzazione, ottenevo un liquido isotomico per cloruro sodico al 9 ‰ circa. Però la soluzione di Na OH N/3,3, corrispondendo all'1,2 %, ha un'azione omogeneizzante un po' lenta, specie su alcuni germi. D'altro lato, la equivalenza delle due soluzioni, per la omogeneizzazione dei protoplasmi batterici operata dall'Na OH, che in parte si combina, viene a perdersi e cessa così il vantaggio di poter ottenere la neutralizzazione per aggiunta di una uguale quantità di HCl. N/3,3.

Dovendosi, anche con quelle soluzioni esattamente equivalenti, fare sempre la neutralizzazione con la guida dell'indicatore, ho trovato molto più utile omogeneizzare con una soluzione di Na OH N/1 e neutralizzare poi con la soluzione di HCl. N/6. In tal modo si dispone di una concentrazione di Na OH capace di omogeneizzare tutte le forme vegetative, fuori il B. di Koch, e si torna poi di nuovo ad ottenere un liquido neutro ed isotomico, per contenuto di Na Cl all'8-9‰, neutralizzando con una soluzione HCl. N/6. Questa, poi, più facilmente di quella N/3,3 permette la ricerca del punto neutro, col metodo su descritto. In pratica non essendo necessario ottenere una concentrazione di Na Cl. proprio al 9 ‰, ma potendosi impunemente oscillare fra l'8 e il 10 ‰, si può anche rinunciare alle soluzioni esattamente titolate ed impiegare, invece della soluzione di Na OH N/1, una comune soluzione al 4 % (preparata senza il rigore solito nella preparazione delle soluzioni titolate) e, per la soluzione di HCl. N/6, una soluzione di HCl puro (densità 1,8-1,9) diluito in proporzione di cc. 16 per un litro d'acqua distillata.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA
VII PADIGLIONE: primario prof. U. ARCANGELI.

Il pneumoperitoneo terapeutico nella peritonite tubercolare a forma essudativa

per il dott. TOMMASO LUCHERINI, aiuto medico.

La pratica di insufflare gas nella cavità peritoneale non è recente, nè è stata adottata per un unico fine: Weber nel 1913, Meyer-Betz, eppoi Rautenberg e Goetze (1919) in Germania furono i primi ad ideare tale metodo per rendere possibile la dissociazione dei vari visceri addominali e permetterne di conseguenza il relativo esame radiologico. Tale metodo che ha preso il nome di « pneumoperitoneo artificiale » è stato in seguito studiato e perfezionato per l'indagine radiodiagnostica da Ascoli, Alessandrini, Perussia, Attili, ecc. in Italia, da Stein e Stewart, Rosenblatt in America, da Ribadeau-Dumas, Mallet e de Laurerie, Paturet, ecc. in Francia.

Il pneumoperitoneo tuttora rappresenta spesso per i radiologi un grande ausilio per l'accertamento diagnostico di alterazioni viscerali intraddominali.

In seguito il metodo della insufflazione di gas nella cavità peritoneale è stato tentato a scopo curativo in qualche caso di peritonite tubercolare, ed i risultati soddisfacenti che si sono avuti hanno incoraggiato in questi ultimi tempi varii autori a praticare con tecnica perfezionata nella peritonite tubercolare a forma ascitica il pneumoperitoneo curativo.

I primi tentativi con questo metodo di cura sono stati fatti dai varii esperimentatori partendo dal concetto fondamentale che la semplice laparatomia può guarire la peritonite tubercolare. Infatti dopo il famoso erorre di Spencer Wells (1872), il quale operò credendo che fosse una cisti ovarica, ed avvedutosi che era una peritonite tubercolare richiuse il ventre ed ottenne la guarigione, la laparatomia semplice parve dovesse entrare trionfatrice nel trattamento curativo.

Da quell'epoca gli interventi chirurgici si moltiplicarono largamente e rappresentarono il vero metodo curativo di elezione della peritonite tubercolare (Koënig, Margarucci, Frees, ecc.). A poco a poco però gli entusiasmi caddero e si osservò che la laparatomia non era la sola ed unica ancora di salvezza; ma che altri trattamenti erano egualmente giovevoli nella peritonite bacillare. Fra questi in special modo si pensò, evitando l'intervento cruento della laparatomia, di praticare mediante semplice puntura l'insufflazione di gas nella cavità peritoneale.

Ora i varii autori non hanno usato il pneumoperitoneo terapeutico secondo un'unica modalità di tecnica e di applicazione, e non hanno insufflato sempre uno stesso gas, ma hanno quasi tutti tentato qualche particolare modificazione nei criteri di introduzione e di scelta del gas e di evacuazione del liquido.

E tutti hanno sempre avuto pressochè gli stessi ottimi risultati. E così hanno insufflato soltanto aria sterilizzata o filtrata nella cavità peritoneale per i primi Mosetig-Moorlof (1892), Jorfida (1893), Wins (1896), poi Sorgo e Fritz (1921), ed in Italia T. Silvestri (1925), che ha iniettato semplice aria atmosferica.

La maggior parte degli autori invece hanno ritenuto opportuno di insufflare soltanto ossigeno nella peritonite tubercolare: i primi furono Potain e Schulze (1907); Schmid; poi L. Silvestrini (1918), Stein (1922) e Gilbert (1924). Maestrini iniziò tale metodo di cura con l'introduzione di ossigeno nel 1923 in un bambino di 8 anni, e lo seguitò nel 1925 nell'ospedale di Teramo. Così pure Contarini (1925), Alessandrini Paolo (1926), Garbat, Tremiterra, Monguzzi, De-Benedetti, Canelli, ecc., hanno usato l'ossipneumoperitoneo curativo. Recentemente Lo Presti Seminerio (1926) ha applicato tale metodo nei bambini affetti da peritonite bacillare. Persino l'azoto si è tentato di insufflare con risultati favorevoli secondo Strümpell e Santorsola; ma senza alcun risultato secondo Maestrini.

Non tutti gli autori poi hanno adottato, come ho detto, un unico criterio di applicazione del pneumoperitoneo, ossia non hanno seguito sempre le stesse norme riguardo alla quantità del liquido da evacuare ed alla quantità del gas da introdurre. Infatti alcuni si sono attenuti al criterio di insufflare un volume di gas eguale circa alla metà dell'essudato estratto (Sorgo e Fritz); altri al criterio delle modiche introduzioni di ossigeno, cioè non meno di 200 cmc. di gas in toto, e non più di 100 cmc. di gas per ogni litro di essudato evacuato (Contarini); alcuni insufflano ogni volta 150-200 cmc. di ossigeno, previa estrazione della maggior parte del liquido ascitico (Maestrini); qualche autore ricorre alle dosi massive di ossigeno ed insuffla tanti litri di ossigeno quanti sono i litri di essudato sottratto. Alessandrini Paolo invece ha tentato con successo un metodo nuovo che ha chiamato *metodo del gorgogliamento*, che consiste nell'introdurre 100-200 cmc. di ossigeno nel cavo peritoneale, senza togliere affatto liquido e facendo gorgogliare l'O. nell'essudato.

Ora sapendo appunto che il pneumoperitoneo curativo ha dato, secondo recenti lavori, brillanti risultati specialmente in rapporto al tempo di guarigione, ho voluto anche io tentare questo metodo di cura in vari casi di peritonite tubercolare avuti nel mio padiglione, allo scopo di osservarne i risultati immediati ed a distanza.

Il gas che ho scelto per l'insufflazione nel cavo peritoneale dei miei malati è stato l'aria atmosferica, proponendomi di osservare se anche con questa, raramente usata dai precedenti sperimentatori, si riusciva ad ottenere gli stessi brillanti risultati che si sono avuti con l'insufflazione di ossigeno, come la maggior parte dei recenti autori ci ha già dimostrato.

I malati che io ho scelti per l'applicazione del pneumoperitoneo terapeutico erano tutti affetti da peritonite tubercolare a forma essudativa.

Il criterio da me seguito riguardo alla quantità di aria da immettere è stato il seguente: *introduzione di una quantità di gas eguale alla metà circa della quantità di liquido estratto*.

Ho scelto questa proporzione per evitare che l'aria, come tutti i gas dilatandosi per il calore che trova nella cavità peritoneale, potesse provocare disturbi al paziente (dolori tensivi, difficoltà alla respirazione, ecc.).

Ed ora espongo brevemente i casi da me studiati:

CASO I. — P. Teresa, di anni 14; da un paio di mesi si è accorta che l'addome è andato gradatamente aumentando di volume. All'esame obiettivo si rilevano segni di versamento libero nell'addome.

Cutireazione di Pirquet: positiva.

Puntura esplorativa: si estrae liquido di aspetto emorragico; con Rivalta positiva, ed il cui reperto citologico dà presenza di linfociti e di numerose emazie.

Diagnosi: peritonite tubercolare a forma essudativa.

Paracentesi: si estraggono 2 litri e mezzo di liquido, e si introducono 1200 cmc. di aria atmosferica.

Conteggio dei globuli bianchi prima della paracentesi: 7200; 8 ore dopo il pneumoperitoneo i globuli bianchi sono 9500; 24 ore dopo sono 8000. La paziente è stata sempre apiretica prima e dopo il trattamento.

Dopo 5 giorni dall'introduzione di aria non si riscontrano più segni di versamento libero nell'addome. L'inferma va sempre meglio e dopo un mese esce in ottime condizioni dall'ospedale.

CASO II. — C. Americo, di anni 21; da circa un mese l'addome è andato aumentando di volume, ed è insorta modica febbre e senso di debolezza. Presenza di versamento libero nell'addome.

Cutireazione positiva. Nei primi giorni di degenza all'ospedale è apiretico.

Puntura esplorativa: si estrae liquido citrino limpido con Rivalta positiva ed il cui esame citologico mostra la presenza di linfocitosi.

Diagnosi: peritonite tubercolare a forma essudativa.

Paracentesi: si estraggono 2400 cmc. di liquido, e si iniettano 1100 cmc. di aria atmosferica.

Conta dei globuli bianchi prima della paracentesi: 6800; 6 ore dopo il pneumoperitoneo i globuli bianchi sono: 9300.

L'ammalato che era apiretico, comincia 6 ore dopo l'introduzione di aria ad avere rialzi febbrili (37'8), che aumentano gradatamente nel giorno successivo (39°) e che perdurano soltanto 3 giorni.

Il paziente in seguito a questo trattamento migliora rapidamente, e dopo poco più di un mese esce dall'ospedale in buone condizioni generali, e senza alcun segno di versamento libero nell'addome.

CASO III. — Q. Flora, di anni 36; da due mesi si è accorta che l'addome è aumentato di volume. All'ingresso all'ospedale si rilevano segni di versamento libero nella cavità addominale.

Cutireazione positiva.

Puntura esplorativa: si estrae liquido citrino con Rivalta positiva e con presenza di abbondanti linfociti nel sedimento centrifugato.

Diagnosi: peritonite tubercolare a forma ascitica.

Paracentesi: si estraggono 2600 cmc. di liquido, e si introducono successivamente 1300 cmc. di aria atmosferica.

Conta globuli bianchi prima della paracentesi: 7100; 7 ore dopo i gl. bianchi sono 8300.

L'inferma ha soltanto nei due giorni successivi al trattamento lievi elevazioni termiche (37°,5). Dopo un mese esce dall'ospedale in ottime condizioni generali, e senza relicti peritoneali.

CASO IV. — D. F. Emilia, di anni 28; da circa 4 mesi accusa dolenzia all'addome, il quale è andato gradatamente aumentando di volume. Mai febbre. Segni di versamento libero nell'addome. Cutireazione di Pirquet positiva.

Puntura esplorativa: si estrae liquido citrino limpido con Rivalta positiva, e con presenza di numerosi linfociti nel sedimento.

Diagnosi: peritonite tubercolare a forma essudativa.

Paracentesi: si estraggono due litri e mezzo di liquido, e si immettono 1200 cmc. di aria.

Dopo 9-10 ore dall'introduzione d'aria insorge modica febbre, che perdura tutto il giorno successivo (38°,1).

L'essudato peritoneale non si riforma, e l'ammalata esce dall'ospedale in ottime condizioni locali e generali.

CASO V. — D. S. Teresa, di anni 15; da 3 mesi accusa dolenzia all'addome, che è andato lentamente aumentando di volume. Si notano sintomi obiettivi di versamento libero nell'addome.

Non ha febbre.

Cutireazione negativa.

Puntura esplorativa: si estrae liquido citrino limpido con Rivalta positiva e con presenza di linfociti nel sedimento.

Diagnosi: peritonite tubercolare a forma essudativa.

Paracentesi: si estraggono 600 cmc. di liquido, e successivamente si introducono 350 cmc. di aria atmosferica.

Dopo la paracentesi non si rilevano rialzi termici.

Conta globuli bianchi prima della paracentesi: 8250; 8 ore dopo i globuli bianchi arrivano a 10,300.

L'ammalata dopo la paracentesi migliora rapidamente ed esce dall'ospedale dopo un mese in ottimo stato e senza segni di versamento libero nell'addome.

CASO VI. — D. C. Maria, di anni 12; entra all'ospedale con i sintomi di versamento nella cavità peritoneale.

Presenta lievi rialzi termici (37°,3-38°).

Cutireazione fortemente positiva.

Puntura esplorativa: si estrae dall'addome liquido citrino limpido con Rivalta positiva e con presenza di numerosi linfociti nel sedimento.

Diagnosi: peritonite tubercolare a forma essudativa.

Paracentesi: si estraggono 550 cmc. di liquido citrino, e si introducono subito dopo 300 cmc. di aria atmosferica.

Dopo qualche ora la temperatura si eleva a 39°; e forti rialzi termici (38°.5-39°) persistono per tre giorni; in seguito non ha più temperatura. Il versamento peritoneale non si riforma durante i tre mesi che è sotto la mia osservazione, ed esce dall'ospedale completamente guarita.

CASO VII — M. Vincenzo, di anni 24; un anno fa ebbe pleurite essudativa sinistra; da circa un mese si è accorto che l'addóme è ingrossato e dolente. Afferma di avere piccole elevazioni termiche (37°.3-38). Obbiettivamente presenta sintomi di versamento libero nell'addome.

Cutireazione positiva. *Puntura esplorativa*: si estraggono dalla cavità addominale pochi cmc. di liquido citrino limpido con Rivalta positiva e con presenza di linfocitosi nel sedimento.

Diagnosi: peritonite tubercolare a forma essudativa.

Paracentesi: si estraggono 3000 cmc. di liquido; e si immettono 1500 cmc. di aria.

Presenta forti rialzi termici per due giorni consecutivi al trattamento.

Il paziente migliora nelle condizioni generali: ma il versamento addominale non tende a scomparire. Dopo un mese dalla prima paracentesi, se ne fa una seconda, e si estraggono 1000 cmc. di liquido citrino limpido, e si introducono 500 cmc. di aria atmosferica. Dopo questo secondo pneumoperitoneo non si notano rialzi termici. L'essudato peritoneale non si riforma più; e dopo due mesi dal secondo pneumoperitoneo esce dall'ospedale in ottime condizioni generali e senza più alcun apparente sintomo di peritonite in atto.

CASO VIII. — M. Rosa, di anni 25; da un mese presenta l'addome aumentato di volume e dolente. All'esame obbiettivo si rilevano i segni di versamento libero nella cavità peritoneale.

È apiretica. Cutireazione positiva.

Puntura esplorativa: liquido citrino limpido, con Rivalta positiva, e con presenza di linfocitosi nel sedimento.

Diagnosi: peritonite tubercolare a forma ascitica.

Paracentesi: si estraggono 1000 cmc. di liquido, e si introducono subito dopo 600 cmc. di aria. Dopo la paracentesi non presenta alcun rialzo termico.

Conteggio dei globuli bianchi prima della paracentesi: 8000; 7 ore dopo il pneumoperitoneo i globuli bianchi sono 9900.

La paziente esce dopo circa un mese dall'ospedale in ottime condizioni e senza segni di versamento libero nell'addome.

CASO IX. — F. Angela, di anni 23; presenta segni di versamento nella cavità peritoneale. Apiressia.

Puntura esplorativa: liquido citrino limpido con Rivalta positiva, e con presenza di linfocitosi nel sedimento.

Diagnosi: peritonite tubercolare a forma essudativa.

Paracentesi: si estraggono 800 cmc. di liquido e si introducono 400 cmc. di aria atmosferica.

Dopo il pneumoperitoneo ha lievi elevazioni termiche per due giorni. L'essudato peritoneale non si riforma più; e dopo un mese esce dall'ospedale in ottime condizioni generali.

CASO X. — B. Maria, di anni 56; da due mesi si è accorta che l'addome è andato gradatamente aumentando di volume ed è dolente alla pressione. Obbiettivamente presenta segni di versamento libero nell'addome. Apiressia. Cutireazione negativa.

Puntura esplorativa: si estrae liquido citrino, con Rivalta positiva e con presenza di abbondanti linfociti nel sedimento.

Diagnosi: peritonite tubercolare a forma essudativa.

Paracentesi: si estraggono due litri di liquido limpido, e si introducono 900 cmc. di aria atmosferica.

Dopo il pneumoperitoneo presenta febbre alta (37°,8-38°,5) che perdura tre giorni. In seguito non ha più febbre; il versamento peritoneale non si riforma, e dopo due mesi circa dal trattamento esce dall'ospedale senza alcun segno apparente di peritonite in atto.

CASO XI. — C. Cesira, di anni 23; da più di due mesi ha l'addome ingrossato e dolente, e presenta febbre vespertina che raggiunge al massimo 38°. All'esame obbiettivo presenta sintomi di versamento addominale. Cutireazione positiva.

Puntura esplorativa: liquido citrino limpido con Rivalta positiva, e con presenza di linfocitosi nel sedimento.

Diagnosi: peritonite tubercolare a forma essudativa.

Paracentesi: si estraggono dalla cavità addominale 400 cmc. di liquido citrino limpido, e si introducono 200 cmc. di aria.

Dopo il pneumoperitoneo si hanno lievi e fugaci elevazioni di temperatura, che dopo un paio di giorni spariscono completamente.

Dopo una quindicina di giorni dall'introduzione di aria, mi accorgo che nel quadrante inferiore destro dell'addome della paziente è insorta una tumefazione dura, che in seguito è andata lentamente aumentando di volume sino ad assumere la forma di un grosso piastrone irregolare, indolente e mobile. Ho avuto occasione di riesaminare l'inferma dopo 9 mesi di distanza dalla sua uscita dall'ospedale, ed ho rilevato assenza di ogni segno di versamento peritoneale, mentre la tumefazione intraddominale persisteva immutata di volume e di forma senza però dare alla paziente alcun disturbo di sorta.

CASO XII. — D'A. Matilde, di anni 14; da un mese circa ha incominciato ad avvertire senso di oppressione al torace e difficoltà respiratoria, e si è accorta di avere l'addome ingrossato e dolente. Ha ogni sera febbre alta (38°-38°,5).

Obbiettivamente presenta sintomi di pleurite essudativa bilaterale, e di versamento addominale. Cutireazione positiva.

Puntura esplorativa dell'addome e della cavità pleurica: fuoriesce in seguito alle due punture liquido citrino, con Rivalta positiva, e con numerosissimi linfociti nel sedimento.

Diagnosi: polisierosite tubercolare.

Paracentesi: si estraggono dalla cavità addominale 5200 cmc. di liquido citrino limpido, e si introducono 2200 cmc. di aria atmosferica. In seguito a tale trattamento insorge febbre altissima, continua (fino a 40°) che perdura 6 giorni ed è accompagnata da dolori e senso di stiramento all'addome. In seguito la febbre cessa; l'essudato peritoneale non si riproduce, ed i due versamenti pleurici che erano abbondanti si riassorbono spontaneamente e con rapidità (controllo radioscopico).

L'ammalata esce dall'ospedale dopo due mesi in buone condizioni generali e senza più segni di versamento nelle cavità sierose.

CASO XIII. — C. Margherita, di anni 24; da circa 4 mesi accusa dolenzia al ventre, il quale specialmente negli ultimi tempi (circa un mese fa) è andato aumentando di volume.

Da una ventina di giorni ha un dolore alla regione scapolare destra e senso di oppressione al respiro. Presenta da molti giorni elevazioni termiche (37°,7-38°). Cutireazione negativa.

Puntura esplorativa della cavità peritoneale e della cavità pleurica destra: si estrae liquido citrino limpido con Rivalta positiva, e con presenza di numerosi linfociti nel sedimento.

Diagnosi: pleurite essudativa destra e peritonite tubercolare.

Paracentesi: si estraggono dalla cavità peritoneale 1500 cmc. di liquido citrino, e si introducono 800 cmc. di aria.

Dopo il pneumoperitoneo si hanno rialzi termici che durano 3 giorni (38°-38°,3).

Conteggio dei globuli bianchi prima della paracentesi: 7700; 8 ore dopo il pneumoperitoneo i globuli bianchi arrivano a 8500; 24 ore dopo sono: 7800.

L'essudato peritoneale non si riforma, ed il versamento pleurico destro si riassorbe spontaneamente (controllo radioscopico) in circa 15 giorni.

La paziente esce dall'ospedale in ottime condizioni dopo circa due mesi, e non presenta più alcun segno di versamento nella cavità pleurica e peritoneale.

CASO XIV. — V. Boelia, di anni 16; da un mese accusa leggeri dolori e senso di peso al ventre; da una quindicina di giorni dolore puntorio all'emitorace destro. Apiressia.

Obbiettivamente presenta segni di versamento libero nel peritoneo e nella cavità pleurica destra. Cutireazione positiva.

Puntura esplorativa della cavità pleurica e peritoneale: si estrae liquido citrino limpido con Rivalta positiva e con presenza di linfocitosi nel sedimento.

Diagnosi: peritonite tubercolare a forma essudativa e pleurite destra.

Paracentesi: si estraggono dalla cavità addominale 1500 cmc. di liquido citrino e si introducono successivamente 700 cmc. di aria atmosferica. Dopo il pneumoperitoneo ha avuto per la sola durata di un giorno lievi elevazioni termiche (37°,2-37°,4).

La paziente migliora rapidamente, ed il versamento pleurico sparisce (controllo radioscopico) dopo una quindicina di giorni dal pneumoperitoneo. Esce dall'ospedale, dopo poco più di due mesi di degenza, in buone condizioni ed apparentemente guarita.

CASO XV. — M. Rosa, di anni 18. Da un mese circa si è accorta che l'addome è aumentato di volume.

All'esame obbiettivo si notano i segni di versamento libero nell'addome. Apiressia. Cutireazione leggermente positiva.

Puntura esplorativa: liquido citrino limpido, con Rivalta positiva, e con linfocitosi nel sedimento.

Diagnosi: peritonite tubercolare a forma ascitica.

Paracentesi: si estraggono 1200 cmc. di liquido, e si introducono subito dopo 550 cmc. di aria.

Dopo la paracentesi presenta per due giorni lievi rialzi termici. Conteggio dei globuli bianchi prima della paracentesi: 8200; 7 ore dopo il pneumoperitoneo i globuli bianchi sono: 9750.

La paziente esce dopo due mesi dall'ospedale senza più alcun segno clinico apparente di peritonite tubercolare in atto.

CASO XVI. — P. Annunziata, di anni 17. Da circa un anno si lagna di dolenzia all'addome, che è assai aumentato di volume. Da due mesi poi accusa senso di costrizione al torace e difficoltà nella respirazione. Afferma di essere stata sottoposta a varie cure (mare, elioterapia, raggi ultravioletti, iniezioni di iodio, introduzione di glicerina iodoformica nella cavità peritoneale), ma nessuna di esse ha portato giovamento. I disturbi sono continuati ed il gonfiore ed il senso di peso all'addome sono andati lentamente aumentando. Accusa spesso febbre non elevata che insorge quasi sempre di sera.

All'esame obbiettivo si rilevano i segni di versamento nella cavità addominale e nelle due cavità pleuriche. Cutireazione positiva.

Puntura esplorativa dell'addome e della cavità pleurica: fuoriesce in seguito alle due punture liquido citrino, con Rivalta positiva, e con linfocitosi nel sedimento.

Diagnosi: polisierosite tubercolare.

Paracentesi: si estraggono dalla cavità addominale 2000 cmc. di liquido limpido, e si introducono subito dopo 1000 cmc. di aria atmosferica. Alla paracentesi seguono lievi elevazioni termiche (37°,5), che durano 2 giorni.

Conteggio dei globuli bianchi prima del pneumoperitoneo: 7600; 7 ore dopo i globuli bianchi sono 8300.

Le condizioni generali della paziente vanno rapidamente migliorando; l'essudato peritoneale non si riforma, ed i due versamenti pleurici si riassorbono in una ventina di giorni.

L'inferma esce dopo tre mesi dall'ospedale senza alcun segno di versamento nelle cavità sierose, e senza disturbi soggettivi.

CASO XVII. — G. Mario, di anni 16. Da più di 4 mesi ha tosse e dolore all'emitorace sinistro; da circa due mesi poi si è accorto che l'addome è ingrossato e dolente; accusa anche dolore alla regione precordiale, affanno, tosse e febbre.

Obbiettivamente presenta segni di versamento nella cavità peritoneale, pleurica sinistra e nella cavità pericardica. Cutireazione positiva.

Puntura esplorativa delle tre cavità (peritoneale, pleurica e pericardica): dalla cavità peritoneale e pleurica si estrae liquido citrino limpido con Rivalta positiva, e linfocitosi notevole nel sedimento; dalla cavità pericardica si estrae liquido rossastro, emorragico, nel cui sedimento si notano linfociti, emazie ed elementi endoteliali.

Diagnosi: polisierosite tubercolare (peritonite, pericardite e pleurite sinistra).

Nel corso di 5 mesi ho insufflato cinque volte aria nella cavità pericardica, previa estrazione di liquido; in questo stesso periodo di tempo ho fatto *tre paracentesi*: con la prima ho estratto 3 litri di liquido e subito dopo ho introdotto un litro di aria; con la seconda ho estratto 2500 cmc. di liquido e successivamente ho introdotto 1200 cmc. di aria; con la terza ho estratto 3300 cmc. di liquido ed ho introdotto 1500 cmc. di aria. Dopo le paracentesi ha sempre avuto lievi elevazioni termiche, della durata di un giorno o due.

In seguito a questo metodo di cura le condizioni generali del paziente e quelle locali di tutte le sierose migliorarono con rapidità; ma sfortunatamente dopo qualche mese sorse la meningite tubercolare, per cui si ebbe il decesso.

CASO XVIII. — B. Felice, di anni 28. Da un mese e mezzo avverte dolori al ventre, e si è accorto che questo è andato lentamente aumentando di volume. Apiressia.

All'esame obbiettivo si rilevano i segni di versamento libero nell'addome.

Puntura esplorativa: fuoriesce liquido citrino limpido, con Rivalta positiva, e con presenza di linfocitosi notevole nel sedimento.

Diagnosi: peritonite tubercolare a forma essudativa.

Paracentesi: si estraggono 800 cmc. di liquido, e si introducono successivamente 450 cmc. di « azoto ».

Dopo il pneumoperitoneo sorge lieve rialzo termico per la durata di un giorno.

Conteggio dei globuli bianchi prima della paracentesi: 6600; 8 ore dopo il pneumoperitoneo i globuli bianchi arrivano a 8400.

In questo caso, in seguito all'insufflazione di « azoto » ottengo egualmente ottimi risultati; il paziente migliora subito; l'essudato peritoneale non si riproduce, e dopo un mese e mezzo di degenza l'infermo esce dall'ospedale clinicamente guarito.

CASO XIX. — P. Tommaso, di anni 51. Da 6-7 mesi si lagna di dolenzia diffusa all'addome e di disturbi gastrici; da un paio di mesi si è accorto che l'addome è aumentato di volume, è teso, dolente. Apiressia. Edema delle gambe.

All'esame obbiettivo segni di versamento libero nell'addome; si nota pure sviluppo delle vene intorno all'ombelico (caput Medusae); tumore di milza.

Puntura esplorativa: si estrae liquido citrino limpido, con Rivalta negativa; peso specifico 1016.

Esame urine: albumina assente; presenza di notevole quantità di urobilina. Sedimento: nulla di patologico. Wassermann: negativa.

Diagnosi: cirrosi epatica di Laennec.

Paracentesi: si estraggono 3600 cmc. di liquido limpido, e si introducono successivamente 800 cmc. di aria atmosferica. Dopo la paracentesi si hanno elevazioni termiche (37°,5) che durano 3 giorni.

Il paziente in seguito al pneumoperitoneo non ha avuto alcun miglioramento: è aumentato il senso di peso e la dolenzia all'addome; il liquido ascitico si è rapidamente riprodotto, ed il decorso della malattia non ha avuto alcun arresto o alcuna modificazione.

Le osservazioni sugli effetti terapeutici dell'introduzione di gas nella cavità peritoneale non sono troppo numerose, in contrasto invece con la ricca letteratura che si ha sul pneumotorace artificiale.

La ragione di ciò non credo sia dovuta a difficoltà di tecnica, nè al pericolo di eventuali incidenti che si possono avere usando il pneumoperitoneo, ma probabilmente al fatto che la prognosi in genere della peritonite tubercolare non è sfavorevole, e che il miglioramento o la guarigione di essa si possono anche avere mercè altri svariati trattamenti.

Io ho voluto studiare il pneumoperitoneo nella cura della peritonite tubercolare a forma essudativa, e posso senz'altro dire che con questo metodo di cura ho avuto ottimi risultati; sono scomparsi rapidamente i segni clinici della malattia e l'essudato peritoneale non si è più riprodotto dopo una sola insufflazione di aria, previa estrazione del liquido; ad eccezione dei casi n. 7 e 17, in cui ho dovuto ripetere l'introduzione.

A proposito dei casi miei, nei quali ho usato questo mezzo di cura, io intendo naturalmente parlare di guarigione « clinica », avendo osservato per un lungo periodo di tempo la scomparsa dei sintomi che caratterizzavano la malattia (dolori addominali spontanei ed alla pressione, spesso febbre, dimagramento generale, versamento addominale), ma non posso avere gli elementi per parlare di una guarigione in senso « anatomico ».

Naturalmente come per il pneumotorace, così pure per il pneumoperitoneo artificiale i malati debbono essere accuratamente scelti, poichè non si può in tutte le forme di peritonite tubercolare usare, senza far danni, questo mezzo di cura.

Soltanto infatti nella forma essudativa l'uso del pneumoperitoneo artificiale può dare efficaci e duraturi risultati.

Io ho avuto ancora occasione di osservare la maggior parte di questi malati a 9-10 mesi di distanza, dalla loro uscita, e posso affermare che li ho trovati in condizioni generali buone, e l'esame dell'addome non mi ha fatto rilevare presenza di essudato libero. Dirò soltanto che nel caso n. 11, già durante la degenza all'ospedale, insorse qualche tempo dopo la prima ed unica introduzione di aria una piccola tumefazione nel quadrante inferiore destro dell'addome, che andò lentamente e gradualmente aumentando di volume assumendo la forma di una grossa piastra irregolare, dura, indolente, mobile. Riesaminata questa malata a 9 mesi di distanza dalla sua uscita dall'ospedale ho notato ancora la persistenza di questa piastra addominale immutata di forma e di volume, mobile ed indolente; l'inferma non presenta però segni di versamento libero nell'addome e non ha alcun disturbo della funzione intestinale.

Ma questo metodo di cura non l'ho soltanto applicato in quei pazienti nei quali l'esame obbiettivo generale dava la presenza dei soli ed esclusivi segni clinici di una peritonite tubercolare (n. 13 casi); ho voluto usare il pneumoperitoneo curativo in *cinque casi* di polisierosite tubercolare, nei quali oltre la lesione della sierosa peritoneale si aveva anche la lesione delle sierose pleuriche, ed in un caso di quella pericardica. E ciò allo scopo di osservare in questi pazienti il decorso generale della malattia, ed il comportamento degli essudati pleurici in seguito all'introduzione di aria in una soltanto delle sierose malate, ossia nella sierosa peritoneale.

Ebbene in questi casi di tubercolosi polisierositica (casi n. 12, 13, 14, 16), non soltanto ho ottenuto con l'uso del solo pneumoperitoneo miglioramenti sicuri e netti dei sintomi peritoneali, ma ho notato anche la rapida diminuzione e la scomparsa in tempo relativamente breve (meno di 20 giorni) degli essudati pleurici. Le osservazioni sono state fatte sotto il frequente controllo radioscopico.

Nel caso n. 17, in cui vi era un processo tubercolare non solo del peritoneo e della pleura, ma anche del pericardio, ho usato il pneumoperitoneo, e nello stesso tempo ho voluto applicare anche il pneumopericardio artificiale. Ebbene in seguito a questo trattamento (ho insufflato 5 volte aria nella cavità pericardica e 3 volte nella cavità peritoneale), le condizioni generali del paziente e quelle locali di tutte le sierose migliorarono ra

pidamente e facevano bene sperare per la guarigione. Disgraziatamente però dopo qualche mese dall'inizio di questo trattamento, perfettamente tollerato, insorse la meningite tubercolare, che condusse a morte il paziente.

Ora per quanto il pneumoperitoneo non sia l'unico ed esclusivo mezzo di cura della peritonite bacillare, pur tuttavia i risultati che esso mi ha dato sono veramente brillanti. I suoi effetti pressochè eguali se non superiori a quelli che si ottengono nella forma essudativa della peritonite tubercolare col mezzo cruento della laparatomia, non fanno esitare a dare la preferenza al pneumoperitoneo, metodo assai più pratico e semplice.

Naturalmente questo mezzo di cura bisogna evitare di usarlo a quei pazienti in condizioni assai gravi, con disturbi della funzione cardiaca e respiratoria. È controindicato anche nelle malate che sono in periodo di gravidanza, in casi di tubercolosi intestinale, di estese lesioni polmonari specifiche, e soprattutto in quei casi nei quali non vi è presenza di essudato, e nei quali si riscontrano nodosità più o meno grosse e diffuse nella cavità addominale (peritonite a forma nodosa e fibro-adesiva).

Nei miei pazienti affetti da peritonite tubercolare a forma essudativa non ho mai avuto durante e dopo le applicazioni del pneumoperitoneo, alcun incidente degno di nota.

*
* *

In quale periodo della malattia si deve fare la paracentesi e la consecutiva insufflazione di aria?

In generale, se il versamento non è in tale quantità da richiedere per i disturbi che arreca un immediato svuotamento, è bene attendere che sia passato il periodo « acuto » della malattia, quando cioè è scomparsa la dolenzia alla pressione dell'addome, e soprattutto quando è caduta la temperatura. Altrimenti possono aumentare dopo l'applicazione i dolori addominali, e si possono avere fortissime elevazioni termiche, ed eventualmente ritorno dell'essudato peritoneale, come è accaduto nel caso n. 12.

In tutti i miei malati, ad eccezione del n. 12, ho usato il pneumoperitoneo nel periodo di completa apiressia, ovvero in un periodo con temperature subfebbrili. Ebbene nella maggior parte dei casi ho avuto dopo l'immissione di aria l'insorgenza di elevazioni termiche che si iniziavano qualche ora dopo, e che variavano per altezza da malato a malato, e che perduravano uno, due, raramente tre giorni dopo l'applicazione. Soltanto nei casi n. 1, 5, 8 il pneumoperitoneo non ha provocato il più piccolo rialzo di temperatura.

Riguardo al genere di gas insufflato nella cavità peritoneale dei miei malati dirò che ho scelto la semplice *aria atmosferica* non filtrata, per le ragioni che ora esporrò.

Questo gaz che è alla continua portata di tutti, è assolutamente innocuo e senza inconvenienti, come le ricerche batteriologiche e culturali, e l'uso clinico fatto da parte di vari autori ci hanno dimostrato.

Io ritengo che l'aria atmosferica introdotta nella cavità addominale quale essa è, ossia non alterata in alcun modo nella sua composizione chimica naturale, permette di realizzare nel modo migliore la così detta « boccata d'aria » dei chirurgi, tanto feconda di buoni risultati, la quale si fa prendere al peritoneo mediante la laparatomia.

Io non credo all'azione elettiva, specifica di un determinato gas nella peritonite tubercolare. Se si raccolgono infatti le osservazioni cliniche e gli esperimenti dei vari autori, si rileva che la peritonite tubercolare risente con eguale efficacia l'azione di qualsiasi gas insufflato. Silvestri, ad esempio, ha ottenuto brillanti risultati con l'uso dell'aria atmosferica, eguali a quelli che ha ottenuto Maestrini, Contarini ed altri con l'uso dell'ossigeno, ed a quelli che ha ottenuto Strümpell, Santorsola con l'uso dell'azoto.

Come si vede quindi dall'osservazione dei vari autori, risulta che pur usando un gas diverso, in genere non si nota una sostanziale differenza negli effetti immediati e lontani, e si vedono lo stesso rapidamente regredire i sintomi della malattia. D'altra parte anche se si volesse ammettere l'azione speciale elettiva di un determinato gas nella cura della peritonite bacillare, la scelta dell'aria atmosferica può accontentare sia i sostenitori della specificità dell'ossigeno, poichè come è noto l'aria contiene circa il 20 % in volume di ossigeno, come pure può accontentare i sostenitori dell'utilità dell'azoto, contenendo l'aria circa l'80 % in volume di azoto.

CONSIDERAZIONI CRITICHE SUL MECCANISMO D'AZIONE E RICERCHE SPERIMENTALI.

Oscura è ancora l'azione che ha il pneumoperitoneo artificiale sul processo di guarigione della peritonite tubercolare. La difficoltà e nello stesso tempo l'interesse dell'argomento hanno spinto molti autori a fare delle ricerche sperimentali e delle osservazioni cliniche, da cui sono poi scaturite numerose teorie. Della questione si sono in primo tempo occupati i chirurgi, i quali hanno voluto studiare il processo intimo di regressione del tubercolo peritoneale in seguito alla semplice cura laparatomica, il cui meccanismo d'azione non sembra diverso da quello del pneumoperitoneo curativo (Nassauer, D'Urso, Franquè, Gatti,

Veit, Frees, Veinstein, Ingianni, Bumm, Mazzoni, Schwartz, Ceccherelli, D'Arrigo, Arcangeli, ecc.).

Recentemente anche coloro che hanno usato il pneumoperitoneo terapeutico, hanno voluto, seguendo l'esempio dei chirurgi, studiare e cercare di interpretare il meccanismo d'azione di questo metodo di cura.

Infatti Maestrini in seguito ad osservazioni cliniche ritiene che l'*ossigeno* abbia una azione specifica sulla vitalità del tubercolo. Egli ha fatto delle ricerche sia nell'uomo che negli animali da esperimento, proponendosi di studiare il peritoneo come membrana dializzante.

P. Alessandrini, in base ai risultati ottenuti col suo metodo del gorgogliamento, pensa che l'ossigeno non agisca beneficamente, come si credeva, per contatto diretto con la mucosa, ma provocando modificazioni chimiche del liquido, per cui si stabiliscono condizioni di habitat non più opportune allo sviluppo del bacillo tubercolare.

Tremiterra, a proposito del pneumoperitoneo, invoca un'azione intrinseca dell'ossigeno sul processo tossico tubercolare.

Come si vede varie ipotesi sono state fatte per cercare di spiegare il meccanismo d'azione del pneumoperitoneo nella peritonite tubercolare.

Tale meccanismo però non è ancora chiaramente e sufficientemente accertato, ed a tal proposito io ritengo, in base alle mie osservazioni, che complessi debbono essere i fattori che intervengono nel processo di guarigione di tale malattia.

Il gas insufflato nella cavità addominale non deve produrre soltanto benefiche modificazioni biologiche ed istologiche locali; esso deve provocare modificazioni dello stato della circolazione addominale favorevoli al processo di regressione del tubercolo, e nello stesso tempo modificazioni umorali generali.

Se così non fosse non potrebbe spiegarsi perchè qualsiasi gas, sia esso ossigeno, azoto, aria, insufflato nella cavità addominale, nella misura diversa, e con diversa modalità di tecnica, possa sempre essere, come abbiamo rilevato, egualmente benefico sul processo di guarigione della peritonite tubercolare. Infatti Alessandrini usando il pneumoperitoneo con una tecnica propria, ha ottenuto gli stessi ottimi risultati che hanno avuto gli altri sperimentatori, i quali hanno invece estratto liquido ed introdotto il gas. Io con l'insufflazione di aria atmosferica ho ottenuto nei casi miei gli stessi buoni risultati che altri autori hanno avuto con l'insufflazione di ossigeno e di azoto. Per controllare ancora se il beneficio fosse dovuto alla specificità di uno speciale gas, ho insufflato nel caso n. 18 azoto puro, ed ho ottenuto lo stesso rapido successo che ho avuto negli altri casi nei quali ho introdotto aria.

Ciò mi induce a credere che l'utilità di tale metodo di cura sia legata, come ho detto, a molteplici fattori insieme, fra i quali *la modificazione della circolazione addominale, nel senso che la immissione di una determinata carica di gas deve con tutta probabilità influenzare la distribuzione del sangue nella cavità addominale.*

Dopo gli studi di Augusto Bier sulla *iperemia*, come metodo di cura dei processi tubercolari, molti altri autori (Jacoby, Hink, Signorelli, ecc.) si sono occupati dell'argomento ed hanno osservato che il bacillo di Koch non resiste allo stato di iperemia venosa degli organi e dei tessuti. *Ora l'immissione di aria nella cavità addominale viene a creare, se pure in maniera transitoria, con la modificazione della pressione intraddominale, le condizioni di iperemizzazione della sierosa peritoneale, sempre utili al processo di regressione del tubercolo.*

A questo proposito ho creduto opportuno di fare delle prove sperimentali su cavie dello stesso peso, allo scopo di mettere in rilievo se l'immissione di determinate quantità di gas nella cavità addominale di questi animali di laboratorio, determinasse uno stato di iperemizzazione della sierosa peritoneale. Gli esperimenti sono stati così condotti:

1) Cavie n. 2: ho introdotto nell'addome di queste 100 cmc. di aria ed ho sacrificato dopo 24 ore dall'introduzione di aria questi due animali.

2) Cavie n. 2: sacrificate dopo tre giorni dall'introduzione di 100 cmc. di gas.

3) Cavia n. 1: sacrificata dopo sette giorni da un'unica introduzione di 150 cmc. di aria.

4) Cavie n. 2: sacrificate dopo aver introdotto 5 volte 100 cmc. di gas, alla distanza di 4 giorni ogni volta.

Per tutti e quattro i gruppi, a scopo di controllo, ho nello stesso tempo sacrificato una cavia, nella cui cavità addominale non è stato mai introdotto gas.

Ebbene gli animali hanno tollerato bene l'iniezione intraperitoneale di aria, ed in tutti, a differenza delle cavie di controllo che non hanno subito il pneumoperitoneo sperimentale, le condizioni anatomiche della sierosa erano modificate nel senso che vi si rilevava sempre e nettamente uno stato più o meno intenso di iperemizzazione.

Questo stato era più intenso nelle cavie del I e del II gruppo, sacrificate dopo 24 ore (I gruppo) e dopo tre giorni (II gruppo) dall'introduzione di aria, che in quelle del III e IV gruppo.

Queste ricerche avvalorano l'ipotesi che, almeno nelle condizioni dell'esperimento, il pneumoperitoneo artificiale favorisce la replezione venosa dei foglietti peritoneali.

Non credo però che al solo fattore dell'ipere-

mia bisogna attribuire i benefici del pneumoperitoneo; l'introduzione endoperitoneale di gas deve ancora produrre delle modificazioni locali e generali utili al processo di guarigione.

A tale proposito M. Roussiel (1910) ha fatto interessanti ricerche sull'argomento ed ha osservato che, introducendo una certa quantità di ossigeno nel peritoneo di cani e cavie, si ha nella linfa peritoneale, dapprima una ipoleucocitosi, poi l'apparizione di polinucleati ed un aumento del numero dei globuli rossi: poi iperleucocitosi con polinucleosi e quindi degenerazione dei polinucleari, distruzione di questi da parte dei macrofagi ed infine ritorno allo stato normale.

Per ciò che riguarda i fenomeni generali Roussiel ha osservato che l'ossigeno come pure l'aria, iniettati nella cavità addominale, determinano una leucocitosi nella circolazione generale che può durare circa dieci ore; la leucocitosi così provocata presenta il suo massimo d'intensità durante le prime tre ore che seguono all'iniezione.

Io, riferendomi agli studi di Roussiel ho in nove pazienti (casi n. 1, 2, 3, 5, 8, 13, 15, 16, 18), praticato il conteggio dei globuli bianchi prima, e 7-8 ore dopo l'introduzione di aria nella cavità peritoneale, ed ho notato in tutti costantemente dopo il pneumoperitoneo un lieve ma netto aumento del numero dei globuli bianchi nel circolo. Anche nel caso n. 18, in cui ho insufflato azoto invece di aria, ho osservato 8 ore dopo l'introduzione di questo gas, aumento del numero dei globuli bianchi.

E questo aumento dei leucociti nei miei malati non può essere messo in rapporto con l'insorgenza o con i rialzi della temperatura che si osservavano dopo il pneumoperitoneo, poichè nei casi n. 1, 5, 8, ho osservato leucocitosi senza che l'introduzione di aria fosse seguita da alcuna elevazione termica. D'altra parte l'aumento del numero dei globuli bianchi non può essere neppure attribuito al fenomeno della leucocitosi digestiva, poichè il conteggio è stato sempre fatto nei miei malati in periodo di digiuno. Non ho mai rilevato negli strisci di sangue fatti qualche ora dopo il pneumoperitoneo alcuna particolare modificazione della formula leucocitaria.

Allo scopo di osservare il comportamento dei versamenti addominali da stasi in seguito al pneumoperitoneo, ho in un caso di cirrosi epatica di Laennec (n. 19) introdotto con le stesse modalità di tecnica 800 cmc. di aria atmosferica, previa estrazione di 3600 cmc. di liquido ascitico, ma da questo trattamento il malato non ha riportato assolutamente alcun beneficio; ed il liquido addominale si è rapidamente riprodotto con i medesimi caratteri.

Da quanto ho detto io ritengo che il meccanismo principale delle riparazioni debba con tutta probabilità ricercarsi nello stato di iperemia vasale e nelle modificazioni d'ordine locale (infiltrazione leucocitaria) ed anche d'ordine generale (leucocitosi), le quali stimolerebbero la neoformazione del connettivo riparatore. L'introduzione e la presenza di aria, come del resto di qualsiasi altro gas (azoto, ossigeno), nella sierosa peritoneale costituisce, per le dette modificazioni che apporta, uno *stimolo sclerogeno* favorevole alla trasformazione fibrosa del tubercolo.

Non nego che questa trasformazione fibrosa possa avvenire, come in tutte le sierositi tubercolari, anche spontaneamente senza l'immissione di aria; però il pneumoperitoneo innegabilmente favorisce ed affretta, secondo le concordi osservazioni dei vari autori, il processo di guarigione della peritonite tubercolare. E come ho già detto questo metodo di cura non è soltanto utile alla manifestazione morbosa locale, ma nel tempo stesso provoca benefiche modificazioni generali, e giova anche indirettamente alle altre localizzazioni tubercolari presenti.

Certamente con i comuni mezzi di indagine clinici e biologici, non si può affermare di ottenere con questo mezzo di cura la guarigione definitiva in senso anatomico; si sa che ogni processo tubercolare anche latente per più anni, può a distanza di tempo nuovamente ridestarsi e costituire il punto di partenza di nuove successive localizzazioni in altre sedi.

Non ho osservato in seguito all'uso del pneumoperitoneo in nessun caso la trasformazione della peritonite a forma essudativa in quella a forma nodosa o fibro-adesiva.

Io consiglio, come ho già detto, *di introdurre un volume di gas eguale circa alla metà del liquido estratto. Ritengo che l'aria sia il gas meglio adoperabile.* È inutile lasciarsi guidare durante l'immissione di gas dall'esame della pressione intraddominale, essendo troppi e diversi i fattori che concorrono a determinarla.

Il pneumoperitoneo non credo che rimarrà una « curiosità terapeutica », poichè nella cura della peritonite tubercolare è indubbiamente fecondo di ottimi risultati, e perciò merita di essere più largamente applicato.

BIBLIOGRAFIA.

P. ALESSANDRINI. *Le iniezioni di ossigeno nella cura della tubercolosi delle sierose.* Comunicazione R. Accademia Medica di Roma (seduta 30 gennaio 1926).

ID. Seduta 29 gennaio 1927 della R. Accademia Medica di Roma.

ID. *Ricerche fisiopatologiche sul pneumoperitoneo artificiale.* La Radiologia Medica, vol. VIII, n. 2, febbraio 1921.

ARCANGELI. *Perchè la laparatomia guarisce la peritonite tubercolare?* Policlinico, Sezione med., vol. VI, 1899.

CONTARINI. *Insufflazioni di ossigeno nella peritonite essudativa tubercolare.* Tubercolosi, fasc. 9, settembre 1925.
DE-BENEDETTI. Comunicazione Soc. Novarese di cultura medica. Seduta del 4 gennaio 1926.
A. L. GARBAT. *Insufflaz. intraperit. di ossigeno nella peritonite tubercolare essudativa.* Journ. A.M.A., 27 febbraio 1926.
LO PRESTI-SEMINERIO F. *La pneumoterapia nella peritonite tubercolare infantile.* La cultura medica moderna, n. 16, 1926.
MAESTRINI. *Intorno ad un nuovo metodo di cura della peritonite tubercolare essudativa (pneumoperitoneo).* Riforma Medica, a. XLI, n. 35, 1925.
ID. *Sull'azione dell'ossigeno nella peritonite tubercolare essudativa.* Ibid., n. 38, settembre 1926.
ID. *Su alcuni fattori di guarigione della peritonite tubercolare essudativa, in seguito ad insufflazioni di ossigeno.* Comunicazione R. Accademia Medica di Roma. Seduta del 29 gennaio 1927.
MANNA. *I poteri di difesa del peritoneo e dell'omento nelle infezioni acute e croniche della cavità peritoneale.* Tip. C. Stracca, Frosinone, 1924.
MARGARUCCI. *Sulla cura chirurgica della tubercolosi del peritoneo.* Atti della Società Italiana di Chirurgia, 1897.
MITRA. *La terapia della peritonite tubercolare.* Riv. sintetica. Morgagni Riv., n. 34, 1925.
MOSETIG von MOORHOF. Vien. med. Presse, 1893.
GILBERT O. M. *L'introduzione endoperitoneale di ossigeno nel trattamento della peritonite tubercolare ascitica.* The American R. of Tuberculosis, gennaio 1924.
FRITZ. Med. Klinik, 29 maggio 1925.
PATURET. Le Progrès Médical, n. 14, aprile 1922.
POTAIN, SCHMIDT, SCHULZE. Mitteilungen aus den Grenzeb; der Med. u. Chir. Bd. XVIII, H. I, 1907.
M. ROUSSIEL. *Contribution à l'étude de la physiologie normale et pathologique du peritoine.* Ann. de la Soc. R. des sc. med. et natur. de Bruxelles. Tome XIX, fasc. 1, 1910.
ROSENBLATT. New York Med. Journ., sett. 1919.
T. SILVESTRI. *Ancora della insufflazione dei gas nelle sierositi tubercolari.* Rif. med., n. 46, 1925.
L. SILVESTRINI. Rendiconto clinico-operativo del triennio 1915-16-17. Stab. poligrafici riuniti. Bologna, 1918.
SIGNORELLI. *Come si ammala di tubercolosi e come si guarisce.* Conferenza. Casa Ed. del giornale « Policlinico ». Pozzi, Roma, 1923.
SORGO e FRITZ. *Trattamento della peritonite tubercolare ascitica col pneumoperitoneo.* Medizin. Klinik, tomo XVII, n. 50, 1921.
STEIN. *Insufflazioni della cavità peritoneale con ossigeno nella peritonite tubercolare essudativa.* The Journal of the American med. Association, vol. LXVIII, n. 10, 1922.
STRÜMPELL. *Trattato di patologia speciale medica e terapia.* Vol. I, parte II, Ed. Vallardi, Milano.
SANTORSOLA. *Contributo al trattamento della peritonite tubercolare ascitica col pneumoperitoneo.* Policlinico, Sez. prat., fasc. 18, 2 maggio 1927.
TREMITERRA. *Il pneumoperitoneo curativo nella peritonite tubercolare essudativa.* Riforma Medica, n. 24, giugno 1926.
MONGUZZI. *La pneumoparacentesi nelle peritoniti tubercolari ascitogene.* (Nota preventiva). Giorn di Medicina Militare, fasc. 1, 1926.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

Sunti di alcune proprietà fisico-chimiche degli essudati e trasudati.

(G. MELLI. *Riforma medica*, n. 40, 4 ottobre 1926; n. 21, 21 marzo 1927).

I. *La concentrazione degli H-ioni.* — Lo studio della concentrazione degli H-ioni nei vari liquidi biologici in questi ultimi tempi è stato molto approfondito, scarse invece sono state le ricerche relative al pH dei liquidi da versamento.

La differenziazione tra essudato e trasudato è stata fatta in base ai criteri clinici, ai risultati delle reazioni di Rivalta, di Martiri e Sochansky, al P. S., al contenuto di albumina, ecc.; la determinazione del pH col metodo elettrico mediante un dispositivo montato a potenziometro principalmente secondo lo schema di Michaelis (strumento di misura il galvanometro di Lippmann, vaso elettrodo quello ad U di Michaelis a bolla di idrogeno con elettrodo di platino ricoperto di nero di platino; elettrodo fisso quello di calomelano saturo). Un tentativo di sostituire all'elettrodo ad idrogeno l'elettrodo a chinidrone ha dato risultati non buoni.

I liquidi da esaminare sono stati sempre prelevati in maniera da evitare in modo assoluto perdite di CO_2.

Dai risultati riportati risulta che il pH negli essudati varia fra 7.36 e 7.60; nei trasudati tra 7.70 e 8.40 mentre il pH del sangue si aggira intorno a 7.35.

Per spiegarsi questo comportamento bisogna riferirsi alla patogenesi dei versamenti. È notorio che l'intimo meccanismo di formazione dei due tipi è fondamentalmente identico: in ambedue i casi esistono alterazioni vasali che permettono il passaggio e il liquido non è più scaricato sufficientemente dai linfatici ingorgati. La parte principale però nel eccanismo di produzione spetta alle lesioni vasali la cui entità può variare entro limiti piuttosto estesi e a seconda dell'entità delle lesioni insieme alla parte acquosa potrà passare una quantità variabile di albumina che come è noto risulta di una mescolanza di una serie di colloidi di diversa grandezza micellare, sì che è ovvio pensare che a seconda dell'entità delle smagliature vasali potranno passare ora l'uno ora l'altro, ed oltre questo occorre tener presente che la parete vasale essendo alcun che di vivo e come tale in continua evoluzione, tali smagliature posson presentare variazioni di ampiezza. Il sangue e la linfa da una parte, il liquido di versamento dall'altra, stanno così come due li-

quidi divisi da una membrana semipermeabile col quale termine però non si vuol indicare la membrana tipo ferrocianuro di Cu nè la membrana tipo collodio, ma una membrana permeabile all'acqua, agli elettroliti ed a quei colloidi la cui grandezza micellare non superi un certo *quantum*. I liquidi separati da una membrana siffatta presenteranno tra loro un particolare tipo di equilibrio che prende il nome di equilibrio di Donnan ed è regolato dalle seguenti leggi:

1) la somma di tutti gli ioni + dev'essere sempre eguale alla somma degli ioni — in ognuna delle due soluzioni in presenza (legge dell'elettro neutralità);

2) lo stato di equilibrio è caratterizzato dall'eguaglianza dei rapporti di concentrazione dei diversi cationi nelle due soluzioni. Il valore del rapporto delle concentrazioni degli anioni delle due soluzioni è esattamente eguale all'inverso di quello dei cationi;

3) la differente concentrazione in ioni diffusibili alle due facce della membrana porta uno sbalzo di potenziale tra le due soluzioni in presenza (potenziale di membrana).

Nel caso del sangue da una parte ed essudato e trasudato dall'altra divisi da una membrana coi caratteri accennati si trovano sali diversi di cristalloidi (per lo più dispersi allo stato di ioni) ed un colloide (albumina) anfolito (sprovvisto di carica elettrica al punto isoelettrico, + ad un pH più basso, — ad un pH più alto). Si ha quindi un certo numero di cationi diffusibili e un numero corrispondente di anioni in parte diffusibili (anioni di cristalloidi, anioni colloidali a micelle più piccole dei pori della membrana) in parte non diffusibili (anioni colloidali a micelle più grandi).

Nel sangue il colloide è in maggior quantità che nel versamento. Dato che il colloide dell'essudato è controbilanciato esattamente nella sua forza osmotica da una quantità corrispondente di esso contenuto nel sangue, queste due quantità non hanno in conseguenza più alcuna influenza nello stabilirsi dell'equilibrio sì che si può considerare presente solo la quantità di albumina contenuta in eccesso nel sangue rispetto all'essudato. Per semplicità si considera come colloide unico l'albumina (A'); i vari sali si possono rappresentare come ac. cloridrico (H· + Cl' —). I due liquidi si possono così rappresentare graficamente:

Sangue	Versamento
A'	
Cl'	Cl'
H·	H·

Per la seconda legge Cl' ed H· tendono ad eguagliarsi, A' a diffondere nella soluzione in cui non è contenuto (in realtà dove è contenuto in quantità più scarsa; ma non potendo A' per la sua grandezza micellare diffondere attraverso la membrana e siccome le due soluzioni (legge 1) debbono restare neutrali, l'equilibrio può stabilirsi o con l'espulsione di un certo numero di ioni dello stesso segno (Cl') o attivando un certo numero di ioni di segno contrario (H·).

Questo in realtà avviene: l'albumina del sangue richiama un certo numero di ioni positivi (H·).

In conseguenza della terza legge uno sbalzo di potenziale che varia a seconda della maggiore o minore differenza nel contenuto in albumina tra sangue e versamento da 1 a 120 millivolta (= differenza di pH di 0,01-0,96) segnala la differente concentrazione di H-ioni.

In tutto questo schematico meccanismo, col quale si stabilisce la diversa concentrazione degli H-ioni, è stata presa in considerazione solo la parte liquida astraendo completamente dalla parte figurata che verosimilmente o non prende parte o solo in modo trascurabile allo svolgimento di questi fenomeni.

Esperienze opportunamente disposte dimostrarono nettamente che la diversità di pH segnalata fra sangue e versamenti era dovuta allo stabilirsi di un equilibrio osmotico anomalo o di Donnan.

Stando così le cose appare logica la domanda se la ricerca del pH di un versamento non sia corrispondente alla semplice determinazione del quantitativo d'albumina. Indubbiamente i due dati sono tra loro in stretto rapporto d'interdipendenza, ma non sembra che siano paralleli e sovrapponibili. L'albumina attiva nella concentrazione di H-ioni è quella dissociata in ioni; non si sa se tutta l'albumina presente sia in tali condizioni, nella quantità in dispersione influisce la distanza dal punto isoelettrico, e i colloidi il cui miscuglio è noto col nome di albumina hanno ciascuno un punto isoelettrico più o meno distante l'uno dall'altro e nei versamenti il miscuglio risulta di elementi variabili. Nulla si conosce del genere di sali che le varie albumine son capaci di formare nei vari pH nè delle valenze che questi sali acquistano essendo evidente che l'attività di un ione colloidale è in rapporto diretto con le proprie valenze, nè della funzione propria vitale della membrana ormotizzante.

Tutti questi fatti inducono a ritenere non equivalenti i dati tra pH e contenuto d'albumina e opportune esperienze hanno dimostrato che con albumine di varia provenienza si ottengono risultati dello stesso genere ma diversi fra loro.

Da un punto di vista pratico, la prova può servire a differenziare un essudato da un trasudato. Se pure non esiste una linea netta di demarcazione, il fatto non è da imputarsi al metodo ma alla esistenza reale di una scala intermedia fra i due estremi che del resto sono

denominazioni puramente cliniche. D'altronde è indiscusso che solo la differenza del pH è la ragione della reazione di Martiri e dei suoi derivati, quindi pare debba essere meglio e più sicuro risalire alla causa che non limitarsi alla constatazione dell'effetto.

Forse la determinazione col metodo elettrico richiede uno strumentario apposito ed una tecnica delicata se non difficile, ma a scopo clinico il metodo colorimetrico di Michaelis è ancora sufficientemente sensibile.

Possono considerarsi essudati i liquidi con pH inferiore a 7.60, trasudati quelli a pH superiore a 7.60; i valori intermedi caratterizzano liquidi di transazione non classificabili.

II. *Il contenuto in cristalloidi.* — Correntemente si afferma che i cristalloidi siano contenuti in concentrazione eguale nel sangue e nei versamenti· le determinazioni del Δ hanno però dato valori di 0.52-0.55 di fronte a 0.55-0.56 del sangue Questo dato, controllato e riscontrato esatto, fa ritenere che il contenuto in cristalloidi debba essere diverso. Infatti una tale differenza non può essere data dalla presenza di maggior contenuto albuminico del sangue ricordando che il Δ dei colloidi è picolissimo, ma opportune esperienze, tendenti ad eliminare questo dubbio, hanno dimostrato che una differenza pressochè uguale di punto crioscopico esiste tra ultrafiltrato di sangue ed ultrafiltrato di versamento.

Non essendo possibile un dosaggio simultaneo nel sangue e nei versamenti di tutti gli elementi in essi contenuti, la ricerca è stata ristretta al Cl, al Na, al K, al Ca ed allo zucchero. Il Na, il K e il Cl sono contenuti in egual concentrazione nel sangue e nei versamenti. Nei trasudati lo zucchero è nettamente superiore, negli essudati eguale o lievemente superiore al sangue. Il contenuto in Ca nel sangue è più alto che nei versamenti, nei trasudati forse più alto che negli essudati e la frazione di Ca non diffusibile forse più forte nel siero che nei versamenti e più alta negli essudati che nei trasudati. Una esperienza opportunamente disposta ha dimostrato che l'aggiunta di un sale di calcio ad una soluzione di albumina messa di fronte ad un'altra soluzione qualsiasi porta un aumento permanente della forza osmotica della soluzione stessa quale non si verifica o si verifica solo transitoriamente con l'aggiunta di un altro sale qualsiasi. Potrebbe avere questa esperienza un qualche valore per spiegare l'azione clinicamente cônstatata del Ca sul riassorbimento dei versamenti, oppure non è che un altro aspetto del fatto già noto della diffusibilità non totale del Ca? A questa domanda non è per ora possibile rispondere neppure per via d'ipotesi.

PALLADINI.

MAMMELLA.

Sull'importanza clinica e la entità patologica della cosidetta « Mammella sanguinante ».

(S. ERDHEIM. *Arch. f. Klin. Chir.*, 139 2/3, p. 366)

La presenza di una secrezione anormale del capezzolo rappresenta un fenomeno il quale non ha trovato ancora una spiegazione univoca, nè una patogenesi scientifica ben definita. Tuttavia essa va oramai interpretata non come un'affezione a sè, bensì solo come un sintoma di varie malattie siano benigne che maligne della mammella. Sarebbe meglio sostituire al termine di mammella sanguinante l'altro più esatto e più corrispondente di secrezione patologica del capezzolo poichè non solo non si tratta sempre di sangue, ma talora di sierosità o di liquido che del sangue non ne hanno neanche l'aspetto grossolano. Il fenomeno si presenta di solito in donna oltre la trentina: eccezionalmente anche prima dei 20 anni. La secrezione non è cospicua. L'attenzione delle pazienti viene attratta sulla presenza di piccole macchie brunastre, che si rapprendono sulla biancheria e da piccole quantità di liquido che esce dal capezzolo con la compressione sulla glandola.

La secrezione di solito è indolente; qualche volta si accompagna a lievi dolori che si esacerbano durante l'inizio della mestruazione. Anche quando si tratta di sangue, l'emorragia non è mai cospicua: ma è notevole lo stato ipocondriaco (timore del cancro) nel quale cadono le donne e per il quale si inducono a richiedere il medico. All'esame clinico spesso non si riscontrano delle alterazioni della glandola: qualche altra volta si palpano delle cisti più o meno grosse, dei tumori solidi, premendo sui quali si dà esito alla secrezione anzidetta. È difficile che la secrezione sia così abbondante da fuoriescire a getto. Il dotto dal quale fuoriesce la secrezione si riconosce talora per la presenza di un piccolo coagulo, tolto il quale non di rado il dotto rimane beante.

Sul significato clinico di tale sintoma, preso in generale, mentre da alcuni autori è ritenuto come l'espressione di alterata funzione ormonica o di un esagerato disfacimento della complessa molecola albuminoide, da altri viene sempre considerato come l'espressione di una degenerazione maligna delle cellule della glandola mammaria. Il dissenso dei vari autori si continua anche quando si tratta di catalogare l'affezione dal punto di vista patologico. Qualcuno parla di « catarro siero-emorragico », altri di « infiammazione », di « neoformazione maligna e benigna »,

Herrmann di « arteriosclerosi », Krukowsky di « emofilia » di involuzione senile.

Nella letteratura ginecologica il fenomeno viene volentieri interpretato come una mestruazione vicariante. Si è perfino pensato all'isteria, alla tabe (Giding).

In realtà la secrezione anormale del capezzolo non deve rappresentare un fenomeno da studiarsi isolatamente. Esso deve dirigere l'attenzione sull'affezione che le si accompagna. È a questa e a questa soltanto che si deve indirizzare la terapia. Dal punto di vista curativo non bisogna — in assenza di qualsiasi segno di degenerazione maligna — ricorrere alle vaste operazioni mutilanti accompagnate dallo svuotamento dei gangli ascellari. La resezione o l'escissione parziale può bastare. Naturalmente una siffatta terapia va accompagnata sempre dal controllo istologico esteso, il quale soltanto può garantirci da spiacevoli sorprese più o meno tardive.

A queste conclusioni è giunto l'autore in seguito allo studio clinico ed istologico dei suoi casi patologici (17) e di altri, assai più numerosi, normali. Nella maggioranza dei casi (70 %) si trattava di lesioni localizzate ai dotti galattofori sotto forma di papillomi o di polipi adenomatosi con frequenti fenomeni di disturbato circolo.

In un secondo ordine di lesioni si trattava di tipiche mastiti cistiche croniche intese nel senso di Realus. Infine in un terzo gruppo vanno collocati numerosi casi di epiteliomi. Ma in questi casi la secrezione non rappresenta che un epifenomeno.

In conclusione la secrezione di sangue o di liquido anormale del capezzolo rappresenta un fenomeno, sul quale dev'esser attratta l'attenzione del medico e del quale va ricercata sempre la vera causa.

E. M.

L'anestesia locale nell'amputazione della mammella per cancro.

(ANDREJEW. *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, vol. 201, fasc. 5/6).

Nella Clinica Chirurgica di Leningrado diretta da Schaack, dove lavora l'A., il 78 % di tutti gli interventi vengono eseguiti in anestesia locale. Anche nelle operazioni radicali per cancro della mammella viene eseguita la anestesia locale con una tecnica standardizzata che permette l'asportazione del grande e piccolo pettorale, lo svuotamento accurato del cavo ascellare e, se necessario, anche della fossa sopraclavicolare.

I nervi che presiedono alla sensibilità del campo interessato all'amputazione della mammella sono i sopraclavicolari del plesso cervicale, i toracici anteriori dall'ascella in basso il n. thoracicus longus, i rami del n. sottoscapolare e il n. toracico-dorsale che decorre lungo il margine ascellare della scapola.

La cute del III sup. del toracico è innervata dal n. cutaneus brachii medialis che si anastomizza col II intercostale e dal n. cutaneus antibrachii medialis. Vengono infine interessati i campi dei primi 7 nervi intercostali. I rami cutanei mediali dei nervi IV, V e VI innervano la mammella.

L'A. preconizza una anestesia regionale in 3 tempi: 1) anestesia del plesso brachiale secondo Kulenkampff; 2) blocco dei 6 primi intercostali; 3) infiltrazione lungo il limite mediale del campo operatorio.

Per il primo tempo l'A. preferisce la tecnica originale di Kulenkampff cioè l'iniezione endoneurale dei cordoni del plesso al disopra della clavicola, a quelle modificate di Hirschel e Bazy. La prima bloccando il plesso all'ascella non interessa i nervi toracici anteriori e sottoscapolare. La seconda, per via sottoclavicolare, è molto difficile ad eseguire.

Per il 2° tempo l'A. usa il blocco dei nervi intercostali secondo Braun sulla linea ascellare in modo da bloccare anche l'intercostobrachiale. Per il 2° e 3° nervo intercostale occorre un ago lungo almeno 8-10 cm. Poi infiltra una striscia di sottocutaneo che partendo dall'acromion segue la clavicola fino al suo estremo sternale, poi 'a parasternale fino all'8ª costa che viene seguita fino alla linea ascellare. Usa complessivamente circa 300 cmc. di novocaina al ½ % e non ha mai avuto complicanze dovute all'anestetico nè durante nè dopo l'intervento.

Sono stati così operati nella Clinica di Leningrado 12 casi di cancro della mammella — fra i quali due recidivi — e in soli 2 casi fu necessario durante lo svuotamento dell'ascella ricorrere alla narcosi generale. La guarigione p. p. non fu ostacolata nè turbata dall'anestesia locale. L'A. crede che l'anestesia locale sia per questa operazione sempre da preferire alla generale, però ritiene che ogni chirurgo riconoscerà come frequentemente, essa sia l'unica da usare quando per altre cause sia assolutamente controindicata la somministrazione di etere o di cloroformio.

MANFREDO ASCOLI.

Sulla irradiazione postoperatoria nel carcinoma della mammella.

(AUSCHÜTZ. *Bruns' Beit. z. Klin. Chir.*, 1927).

Le irradiazioni intensive nei carcinomi mammari operati sono secondo Wintz dannose; invece le piccole dosi ripetute, come è uso nella cli-

nica chir. di Kiel secondo Meyer, hanno dimostrato un certo vantaggio. Certamente la prognosi varia a seconda lo sviluppo del tumore, le metastasi, la struttura del neoplasma. L'A. divide i casi operati nella clinica dal 1908 al 1922. Dal 1908 al 1912 fu fatta soltanto l'operazione radicale; dal 913 al 22 si fecero seguire irradiazioni a piccole dosi. I casi furono operati con lo stesso metodo (a volte spostando i due pettorali, altre uno). La maggior parte dei casi sono stati seguiti da 3 a 5 anni, eccetto il 2,6 % che non furono ritrovati ed il 2,6 % morti dopo l'operazione. Rimangono così 331 casi, 116 non irradiati e 215 irradiati. Tutti i casi furono controllati istologicamente e vengono esclusi gli adenomi, i cistadenomi, la mastite cistica cronica.

Di questi complessivamente sono viventi dopo 3 anni il 44,8 % di non irradiati ed il 60 % di irradiati e dopo 5 anni rispettivamente il 35,3 % ed il 44,4 %. Raggruppando i casi secondo la gravità si hanno i seguenti risultati tra non irradiati ed irradiati: nei casi senza metastasi nè aderenza alla pelle o al pettorale in tutti il 100 % di guarigione; nei casi con metastasi ed aderenze il 50 % e il 71 % di viventi dopo 3 anni, il 40,2 % e il 56 % dopo 5 anni; nei casi con forte infiltrazione dei muscoli della cute si ha il 24,1 % e il 36,1 % di viventi dopo 3 anni, il 13,7 % e il 16,1 % dopo 5 anni; nei casi con metastasi sopraclavicolare si ha il 25 ed il 27,2 % dopo 3 anni, 12,5 e 9,5 dopo 5 anni. Così si vede che i risultati sono ugualmente buoni coi due trattamenti nei casi senza metastasi; in quelli con metastasi ascellari ed infiltrazioni più o meno estese alla cute ed al pettorale i risultati sono migliori negli irradiati, mentre sono nulli i risultati dei casi con metastasi sopraclavicolare.

R. BRANCATI.

ASCESSI ADDOMINALI.

Osservazioni alla diagnosi e alla terapia degli ascessi sotto frenici.

(GRAF. *Brun's Beiträge z. Klin. Chir.*, vol 138, pag. 483, 1926).

L'A. si occupa degli ascessi sottofrenici a localizzazione esattamente sotto-diaframmatica. La via di accesso a quest'ascessi è comunemente la via transpleurodiaframmatica, mentre, sec. l'A. sarebbe da preferirsi quella recentemente proposta da Clairmont e Nathev. E precisamente il metodo indicato da questi AA. si basa sulla possibilità di scollare facilmente il peritoneo dalla faccia inf. del diaframma, non occorre quindi aprire il cavo pleurico il che è importante nei casi a pleura libera.

Negli ascessi a localizzazione anteriore, si pratica una incisione lungo l'arcata costale, arrivati sul epritoneo parietale si scolla questo per via ottusa dal diaframma. Se con il semplice scollamento non si è arrivati sull'ascesso, si possono praticare delle punture esplorative con un ago comune o con la cannula curva di Clairmont.

Per gli ascessi sottofrenici a estrinsecazione post. si procede analogamente con la differenza che qui si deve resecare la XII costola e le inserzioni diaframmatiche all'altezza della XII apofisi spinosa dorsale.

L'A. propone una modificazione alla via di accesso post., modificazione che serve a evitare la sezione delle inserzioni diaframmatiche che può portare, in secondo tempo, alla formazione di un'ernia diaframmatica. E precisamente è stato osservato recentemente da Melnikoff che tra il setto costo-diaframmatico e il diaframma, esiste uno spazio riempito da cellulare lasso: lo spazio prediaframmatico. Arrivati a questo spazio è facile di scollare il seno pleurico verso l'alto e, separando le fibre del diaframma secondo la direzione con cui si inseriscono, cioè secondo la direzione della costola, si può arrivare facilmente nella cavità ascessuale.

Ricerche numerose su cadaveri e tre casi operati dall'A. hanno dimostrato che il setto costodiaframmatico non scende mai al disotto della linea che corrisponde al limite osteo-cartilagineo della 8-12ª costola. In questa maniera si ottiene anche una via decline di drenaggio e quindi rapidità di guarigione e impossibilità che ne residuino fistole.

L'intervento è stato eseguito così: anestesia locale nel territorio del VII-XII n. intercostale, incisione di 20 cm. nello spazio intercostale corrispondente alla sede dell'ascesso, resezione di due costole (VIII-IX o X-XI o XII) dal limite osteo-cartilagino per un palmo prossimalmente. Preparazione per via ottusa dello spazio prediaframmatico scollando il seno e divaricandolo verso l'alto. I vasi intercostali vengono legati. Messo allo scoperto il diaframma punture esplorative e susseguente incisione del diaframma secondo la direzione dei fasci muscolari.

È consigliabile di lasciare una piccola parte di esso aderente alla porzione cartilaginea della costola per impedire la necrosi della cartilagine.

VALDONI.

Gli ascessi della milza.

(TAPIE. *Journal médical français*, n. 7, 1926).

Gli ascessi della milza non sono molto conosciuti se si consideri il numero dei lavori fatti sull'argomento. Fin dalla più remota antichità

Ippocrate pensò alla possibilità di guarirli ma non è che alla fine del secolo XIX che per merito specialmente di Broussais questo capitolo della patologia entra veramente in un periodo fecondo. Seguirono molteplici ricerche di numerosi autori e tra queste sono da ricordare specialmente le tesi di Estrade (1911-12), i lavori di Lenormant e Senèque (1923), di Morel D'Ambrin e Tapie (1926) sugli ascessi della milza d'origine tifosa.

Prendendo in esame tutte le ricerche fatte in proposito l'A. compie uno studio sistematico dell'argomento, iniziando le sue ricerche dall'eziologia. L'ascesso della milza per lo più è raro, si può osservare in tutte le età e sembra sia più frequente nell'uomo che nella donna.

Tale affezione può ripetere origine traumatica, può essere consecutiva ad un processo suppurativo prossimo, ad una infezione inizialmente localizzata (patereccio, favo, otite, osteoperiostite, ustioni ecc.) oppure può complicare una malattia infettiva (dissenteria amebica, tifo, endocardite maligna, influenza, infezione puerperale, appendicite). Per quello che si riferisce alla *patogenesi* prescindendo dagli ascessi di origine traumatica e da quelli secondari alla suppurazione di un organo vicino, tale lesione per lo più ripete un'origine ematica. Che può verificarsi per due vie: per la *vena porta* e per l'*arteria splenica*. L'infezione per la vena porta non è frequente: per lo più avviene nella dissenteria e nell'appendicite mentre l'infezione per via arteriosu si ha con maggiore frequenza per lo più nell'endocardite maligna, nella febbre tifoide e nel tifo ricorrente. Il germe determinante l'ascesso per lo più è lo stesso che determina la malattia primitiva.

Per quello che si riferisce all'anatomia patologica della lesione si nota che la milza si presenta aumentata di volume, liscia o irregolare con colorito variabile. Sulla superficie si notano alle volte delle macchie violacee o giallastre che corrispondono ad infarti antichi o recenti. La capsula fibrosa è ispessita, alle volte può trovarsi rotta e allora aversi un versamento di pus nella zona perisplenica. Le aderenze possono mancare quando la raccolta occupa il centro dell'organo, al contrario gli ascessi del polo superiore assumono aderenze precoci con il diaframma. L'ascesso raramente è localizzato al livello del bordo anteriore o del polo inferiore. Infine la milza può essere invasa totalmente dalla suppurazione e trasformarsi in una grossa spugna purulenta la cui superficie aderisce agli organi vicini. Il numero degli ascessi è variabile. L'aspetto del pus è differente a seconda della natura dell'infezione. Il suo odore pure presenta varianti non pochi, infatti è inodoro negli ascessi da bacillo di Eberth, mentre è nauseabondo negli infarti gangrenosi. Non è difficile trovare in mezzo al pus dei frammenti di milza più o meno alterati. Questi ascessi sequestrati come li chiama Kuttner possono trovarsi anche nel fegato, nel rene, nel pancreas. L'ascesso spesso è limitato da una vera membrana piogenica. Dal punto di vista istologico si nota iperplasia del reticolo, iperemia, focolai emorragici.

La sintomatologia alle volte è imprecisa, l'inizio è non frequentemente brusco. Nella febbre tifoide l'attenzione generalmente è attirata verso l'ipocondrio sinistro dal fatto che fenomeni dolorosi accompagnano l'andamento febbrile. Nel periodo di stato il quadro clinico è differente a seconda della sede dell'ascesso. Gli ascessi del polo superiore presentano sintomi toracici, mentre quando l'ascesso è localizzato in altra sede si ha per lo più una sindrome addominale.

Nell'ascesso ad evoluzione toracica che è quello che si riscontra per lo più nella febbre tifoide si notano tre sintomi principali: dolori, sintomi pseudo-pleurici, fenomeni generali, mentre negli ascessi a evoluzione addominale si ha dolore, splenomegalia, raramente circolo collaterale, edema della parete, fluttuazione profonda. Si nota, inoltre, alterazione della facies, vomito, singhiozzo. Questi ascessi se non vengono trattati opportunamente ed in tempo danno luogo a complicazioni addominali. Si può notare apertura spontanea alla parete, apertura nella cavità addominale, apertura nell'intestino, nello stomaco, nel rene, nell'uretra ecc.

Per quello che si riferisce alla diagnosi è opportuno in tutti i casi di infezione generale pensarvi e praticare tutte le ricerche opportune, un grande vantaggio si può avere con l'esame del sangue specie con la ricerca della leucocitosi. L'ascesso ad evoluzione addominale non dovrà confondersi con un flemmone della parete che è molto più superficiale nè con un flemmone periferico che si accompagna a dolore e a edema della regione lombare. L'ascesso splenico può occupare anche la regione lombare e allora è facile confonderlo con la pio-nefrosi. Nel dubbio si ricorrerà al cateterismo ureterale. L'ascesso del lobo sinistro del fegato è anche una causa di errore. Con l'esame radiologico potrà farsi una diagnosi esatta poichè lo stomaco viene spostato in senso contrario a seconda che la raccolta appartiene al fegato o alla milza. Stabilito che la lesione è a carico della milza occorre fare la diagnosi differenziale con alcune splenomegalie dolorose e cioè con la grossa milza tubercolare, con il kala-azar, con la cisti di echinococco suppurata, con le leucemie. Ci serviremo, quindi,

del criterio della cronicità di queste affezioni e dell'esame del sangue.

Negli ascessi ad evoluzione toracica considerato che tale affezione presenta dei sintomi simili con la pleurite purulenta si ricorrerà all'esame radioscopico che ci mostrerà l'ascenzione dell'emidiaframma. Si ricorrerà alla puntura esploratrice soltanto nel momento dell'operazione. La prognosi è cattiva quando il processo morboso è abbandonato a sè stesso, poichè la guarigione spontanea è possibile, ma rarissima. L'intervento, invece, ha migliorato moltissimo il prognostico poichè la mortalità è stata molto bassa, 23 guariti su 27 operati. Per quello che si riferisce alla cura si pratica la splenotomoa e la splenectomia: la prima conviene alla maggior parte dei casi e la raccolta sarà aggredita a seconda della sede. Gli ascessi del polo superiore che sono i più frequenti saranno incisi per la via transitoraco-diaframmatica.

L'intervento sarà praticato in anestesia locale, mettendo il paziente in posizione semiseduta. In caso di ascessi multipli e che il drenaggio non funzioni perfettamente dovrà ricorrersi alla splenectomia, che rappresenta un intervento molto più grave e che è riservato ai casi in cui la milza, libera da aderenze, è la sede di ascessi multipli o di una grossa raccolta centrale, che abbia quasi distrutto il parenchima dell'organo.

T. LAURENTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

C. FRUGONI e G. ANCONA. *L'asma bronchiale*. Un Tip. Torinese. L. 18.

Le concezioni etiopatogenetiche sull'asma bronchiale hanno, in questi ultimi anni, mutato la figura del malato agli occhi del clinico e del terapista. Nell'analisi del soggetto asmatico si sono innestate ed hanno preso posto preponderante le concezioni immunitarie allergiche e anafilattiche; nella terapia la difesa contro le sostanze asmogene, i tentativi di desensibilizzazione, le vaccinazioni. Nella mente di qualche autore asma ed anafilassi si sono fusi in un unico problema, e, limitato così il campo, tutto un passato di osservazione clinica, di elaborate teorie e di studi minuti su complicati meccanismi di produzione è diventato un museo di ferravecchi, che non giova più allo studioso e al medico moderno, ma solo allo storico.

Frugoni e Ancona non appartengono a questa modernissima schiera di studiosi nel campo dell'asma. Essi sono per l'asma anafilattico, essi credono che in quei casi in cui si nega l'asma anafilattico « bisogna dimostrare che non sia di natura anafilattico »; i loro studi, sia quelli del Frugoni (che hanno portato all'argomento dati esatti con sperimentazione acuta e precisa), sia quelli di Ancona (che hanno aggiunto fatti interessanti nel problema dell'estensione dell'asma) una larga esperienza clinica, che gli AA. hanno potuto acquistare in questo campo con lo studio di numerosissimi casi di proposito ricercati e scandagliati, li conducono ad accettare e a sostenere a ragion veduta le moderne teorie. Ma nell'accettare la causa e il meccanismo anafilattico nel determinismo dell'asma, Frugoni affronta tutto il problema grande della malattia e rifugge dall'impiccolimento del problema, lo affronta nei vasti confini segnati dalla storia e dalle conquiste che avevano preceduto la teoria anafilattica. L'A. ritiene che i fattori ereditari, diatesici, nervosi, disendocrini, se non sono tutto l'asma, come in passato si è ritenuto, sono però tutti elementi utili ed indispensabili a completare la teoria umorale. Con misura e con equilibrio gli AA. assegnano a ciascun elemento un posto ben definito e circoscritto nella formazione del grande quadro morboso. Questo studio di conciliazione non poteva essere compiuto che da uno studioso che racchiudesse in sè le qualità del clinico e quelle del ricercatore di laboratorio, da uno studioso che sapesse dare il peso che meritano alle prove indiscutibili della ricerca sperimentale, ma che non ignorasse la portata dei fatti clinici, punto di partenza e di arrivo di ogni esperimento sull'uomo.

Gli AA. hanno svolto il capitolo con rapidità e con sicurezza. La piccola mole del libro sacrifica il lusso letterario ma nessuno dei fatti fondamentali ed esaurienti. Storia, descrizione clinica, anatomia patologica, etiologia, patogenesi, diagnosi, cura, prognosi sono capitoli legati e serrati, che si completano nello scopo di dare una nozione chiara ed esatta di un argomento se non difficile a comprendere, legato ai capitoli difficili dell'immunità e delle reazioni umorali.

Ed è bene che un libro riassuntivo da parte di due competentissimi richiami l'attenzione dei nostri medici ed inviti a studiare i malati di asma con visione e con mezzi moderni.

Non tutto è definitivo e risoluto: ma senza dubbio gli AA. portano un organico contributo di sintesi critica che riuscirà di grande utilità ai nostri medici: e la fortuna non mancherà al volumetto ricco di esperienza e di sapere.

T. PONTANO.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Nouveau Traité de Pathologie interne, publié sous la direction de G. ENRÌQUEZ, A. LAFFITTE, CH. LAUBRY, CL. VINCENT. G. Doin éd. Paris, 1926, vol. 12.

Ancora un nuovo trattato di patologia interna in Francia. Questo primo volume tratta delle malattie infettive e delle malattie del tubo digestivo. Sono annunziati il secondo, il terzo e il quarto rispettivamente sulle malattie dei reni e glandule a secrezione interna, e malattie della nutrizione, sul cuore e vasi e sui bronchi e polmone, sul sistema nervoso.

Le malattie infettive occupano più della metà di questo primo volume e la materia è divisa tra Enrìquez, Gutmann, Weil, Carrié. Le malattie del tubo digestivo sono trattate da Gutmann, Durand, Enrìquez.

I meriti e le caratteristiche principali sono la modernità e la brevità, non disgiunte ad una lucida chiarezza, tutta francese. È un libro consigliabile a medici e a studenti. Il testo è corredato da illustrazioni molto dimostrative; nella selezione delle teorie e delle concezioni moderne devesi notare una grande felicità da parte dei compilatori. L'edizione su carta di lusso, molto accurata.

T. PONTANO.

A. BESREDKA. *Immunisation locale*. Masson éd., Paris. Fr. 20.

Besredka ha riunito in questo volumetto fatti e teorie sulla immunità locale; il libro tratta della parte sperimentale, della interpretazione, delle conseguenze terapeutiche.

Le concezioni di Besredka, se pur nelle fondamenta non sono una novità, con le conclusioni portano la rivoluzione nelle idee immunitarie attuali: a determinati tessuti, nei riguardi di determinati germi, spetta, secondo l'A., una opera specifica non solo di recettività ma anche di difesa. Il carbonchio infatti non infetta l'animale che per la cute lesa, il bac. tifico non infetta l'uomo che attraverso l'intestino da qualunque via penetrino i germi; in sostanza ogni virus ha la sua cellula, ogni cellula la sua immunità, l'immunità è cioè il prodotto di questi privilegiati tessuti nella produzione dei fenomeni immunitari. Questi i punti nodali di tutte le esperienze di Besredka e della sua scuola. Sulla guida di esse la pratica terapeutica e profilattica già vanta successi.

È bene che ogni studioso conosca nel fondo la teoria e le esperienze di Besredka, che le conosca sopratutto e prima di tutto per controllarne la esattezza, prima di rendere confuso il capitolo con la pratica sull'uomo o di esaltarne il valore con dati statistici di dubbio valore. I nostri concetti immunitari possono mutare e dovranno mutare; ma le esperienze in tal campo devono avere il controllo di molte scuole e di molti sperimentatori, prima che si aggiungano contributi clinici e statistiche di igienisti. Per ora a noi sembrano affrettati gli entusiasmi, sebbene la lettura del libro desti un interesse suggestivo.

T. PONTANO.

MEDICINA SOCIALE.

Ipertensione, albuminuria e glicosuria ed assicurazioni sulla vita.

(LOVELL GULLAND. *British Medical Journal*, 26 febbraio 1927).

Il compito del medico nella pratica ordinaria e nelle visite per l'assicurazione sulla vita è affatto differente. Nel primo caso egli può utilizzare elementi che mancano o di cui non si può tener nessun conto quando deve accertare le condizioni di un individuo, che si presume abbia tutto l'interesse a nascondere i dati di fatto che potrebbero fargli rifiutare la chiesta assicurazione. Il medico assicuratore non è aiutato, eventualmente può essere deviato, dai dati anamnestici, dai sintomi subiettivi, che il più delle volte sono più che sufficienti ad indirizzare il pratico ad un esatto giudizio diagnostico. Egli deve contare sopratutto sull'esame obiettivo, su quelle prove che valgono a documentare lo stato di salute dell'assicurando. Al riguardo gli esami più comunemente in uso sono quelli indirizzati alla determinazione della pressione vasale ed alla ricerca dell'albumina e dello zucchero nell'urina.

Le compagnie di assicurazione prescrivono in genere che la pressione vasale deve essere misurata in tutti gli esaminandi che abbiano superata l'età di 50 anni ed in quei casi nei quali si abbia il sospetto che essa sia anormale. Una utile indicazione al riguardo può essere data dall'esame del polso e dall'ascoltazione del cuore. Ogni variazione della tensione arteriosa apprezzabile con la mano e ogni modificazione dei toni cardiaci devono indurre il medico a determinare la pressione arteriosa.

Devesi comunque tener presente che la pressione arteriosa ha sensibili oscillazioni nei vari individui ed anche nello stesso individuo in rapporto alle ore del giorno ed a circostanze varie (lavoro, pasti, ecc.). Queste differenze individuali e circostanziali possono far sì che individui giovani presentino una pressione alta e viceversa. In genere però è certo che la pressione vasale aumenta con l'età. Si è cercato di fissare delle regole indicatrici della tensione nelle varie età, ma si tratta di regole che hanno solo un valore di approssimazione. Si è così formata una ta-

bella nella quale la pressione corrispondente ad ogni età è indicata nella cifra di 120 più la metà degli anni del soggetto. Ma alcuni autori, come Gulland, ritengono che si sia più vicino al vero partendo da 100 anzichè da 120.

Sono ben note le cause d'ipertensione: le affezioni arteriose e renali, l'obesità, l'agitazione, l'insonnia, il lavoro fisico e mentale recente e prolungato tendono ad aumentare la pressione sanguigna. Ma nel caso di visite assicurative devesi tener conto di un fattore attuale di perturbazione della tensione: lo stato di eccitamento nel quale trovasi il soggetto. Ricerche sistematiche hanno dimostrato che in tali condizioni la pressione vasale aumenta generalmente di 10-20-30 ed anche più mm. Il fatto si verifica anche in individui perfettamente sani, ma è più frequente ed accentuato nei nervosi. Pertanto quando l'esame degli altri organi e sistemi non dia ragione dell'ipertensione riscontrata conviene ripetere l'esame in condizioni della maggiore tranquillità. Ad un nuovo esame, specie quando il medico abbia avuto cura di calmare e rassicurare l'assicurando, spesso si trova una sensibile riduzione della tensione vasale. Comunque le statistiche provano che, anche all'infuori di ogni altra lesione organica o funzionale, la durata media della vita si abbassa a misura che si eleva la pressione sanguigna.

È ben noto che l'albumina è presente nell'urina anche con reni normali, e che può mancare in molti casi di lesioni anche gravi dei reni. Comunque l'albuminuria è sempre l'indice d'una non perfetta funzionalità dell'apparato uropoietico. Ma in ogni caso conviene sempre accertarsi che si tratti effettivamente di albumina. I reattivi adoperati sono molti, ma il più consigliabile è l'acido nitrico, che pur essendo abbastanza sensibile non lo è troppo. In caso dubbio può usarsi l'acido salicil-sulfonico in soluzione concentrata. La prova calorica può ingenerare errori: in ogni caso bisogna farla seguire dall'aggiunta di acido acetico, in piccola quantità e molto diluito: altrimenti l'albumina coagulata si ridiscioglie.

La presenza dell'albuminuria deve senz'altro indurre all'esame microscopico dell'urina. Talvolta piccole traccie di albumina sono spiegabili con la presenza di elementi non renali (sperma, sangue con cristalli di ossalati, ecc.). La presenza di cilindri ialini, specialmente epiteliali, deve far sospettare una lesione renale ed il giudizio sul caso deve essere differito fino a quando altre prove non diano la sicurezza dell'integrità dei reni. Per il medico assicuratore la coesistenza dell'albuminuria e della cilindruria è un elemento sufficiente per affermare l'anormalità del rene.

Come si è detto, l'albuminuria può aversi anche senza alcuna lesione renale, e se ne ha una prova nella così detta albuminuria ortostatica degli adolescenti. Nei casi del genere e quando la somma assicurata sia molto alta, si consiglia completare l'esame della funzionalità renale con la determinazione della concentrazione dell'urea, col dosaggio dell'urea nel sangue, con la prova della fenol-sulfon-ftaleina. Ma conviene tener presente che nei soggetti molto giovani, e son quelli per i quali capita di porre il quesito, queste prove possono dare risultati normali anche in presenza di una nefrite. Tuttavia negli adolescenti la quantità di albumina nell'urina è senza importanza. Si tratta di un disordine transitorio e gli individui che ne hanno sofferto spesso godono nella giovinezza e nella maturità una perfetta salute e vivono lungamente.

Le visite assicurative hanno avuto il vantaggio di avvertire tempestivamente i sofferenti di glicosuria del loro disturbo. Molti soffrono il diabete e non ne hanno consapevolezza fino all'esame delle urine praticato in occasione di un'assicurazione sulla vita. Per la ricerca ed il dosaggio dello zucchero nell'urina il metodo più conveniente rimane sempre quello di Fehling. Per gli scopi della medicina assicurativa è ozioso indagare la causa della glicosuria. Anche se questa non è legata ad un vero e proprio diabete costituisce sempre l'indice di un disordine metabolico che può avere altre ripercussioni sullo stato di salute, anche senza tener conto delle lesioni indotte nei reni dal passaggio più o meno continuo di zucchero.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 24 giugno 1927.

Presidente: Prof. DUCCESCHI.

Appendiciti e appendicalgie.

COLLE. — In seguito all'esame clinico e anatomopatologico in più che trecento appendicectomie l'O. conclude per lesioni più o meno intense anche nel caso che non esistano alterazioni microscopiche apprezzabili.

In qualche raro caso di appendici non alterate ha riscontrato presenza di elminti e delle loro uova; in qualche altro ha osservato modificazioni della mucosa appendicolare dovute ad insufficienza delle valvole del Morgagni. Altrove ha visto lesioni circoscritte al mesenteriolo. Crede che anche in queste i nervi e le cellule nervose riscontrate in gran copia nella appendice possano giustificare la sintomatologia dolorosa.

Note di radiologia dell'appendice.

A. VESPIGNANI. — L'O. riassume dapprima la storia della radiologia dell'appendice, richiamando l'attenzione sopratutto sui lavori del GRIGORIEFF, di MAX COHN, del BUSI, dello SPRIGGS e dell'ELLIS. Afferma che la visibilità dell'appendice normale è straordinariamente frequente; e che osservarla è solo questione di tecnica e di diligente indagine.

Illustra la tecnica da lui seguita: quella di vari pasti opachi consecutivi. La pratica di svuotare l'alvo con i purganti o con clisteri prima dell'indagine altera secondo l'O. le condizioni normali del colon, gli aspetti e i movimenti di questo e dell'appendice. Ritiene inutile di seguire lo svuotamento dell'appendice poichè il tempo di svuotamento può essere desunto dal tempo di riempimento. Una appendice iniettatasi precocemente in un soggetto non purgato e non tenuto a dieta è certo una appendice che si è prontamente svuotata del precedente contenuto di feci non baritate. Il ritardato svuotamento del contenuto opaco dell'appendice può essere invece talvolta riferito al pasto opaco stesso, sia per la stipsi determinata in molti soggetti sia per la sua viscosità o per la sua consistenza.

L'O. non crede possibile una classificazione delle alterazioni morfologiche dell'appendice ammalata.

Analizzando vari aspetti di appendice ammalata ne definisce tuttavia alcuni caratteri. Anzitutto l'O. ripete la diagnosi differenziale già da lui stabilita fra calcoli fecali dell'appendice e i normali spazi chiari che si possono osservare fra scibala e scibala: nel primo caso la colonna opaca è delimitata da una linea concava, nel secondo da una linea convessa o retta. Crede che il vacuolo da calcolo fecale abbia importanza solo quando persiste nei diversi esami. Altro aspetto patologico dell'appendice può essere quello del costantemente regolare riempimento dell'estremo libero dell'appendice presso il quale la colonna appare sfumata.

La ridotta mobilità dell'appendice ha pure grande valore, tuttavia alcuni casi di appendice fissa, quando essa sopratutto sia rivolta in alto e medialmente, possono essere semplicemente riferiti a particolari forme del meso-appendice. Una speciale irregolarità è data dall'aspetto *marezzato della colonna opaca che ricorda quello del colon nella colite*. Fra i casi illustrati dall'O. ve ne sono alcuni che presentano una vera e propria *cotizzazione*, appendice dilatata, decisamente austrata e con filettatura dei bordi della colonna opaca e con marezzatura diffusa. Altri segni di appendice patologica sono l'appendice « atonica » e l'appendice « ipercinetica ».

L'O. illustra alcuni casi di appendice atonica, uno dei quali particolarmente interessante perchè associato alla sindrome radiologica che l'O. ha per primo illustrato, della dilatazione atonica segmentaria del tenue da mesenterite.

Operativamente in questo caso si riscontrò una placca cicatriziale anche nel mesenteriolo della appendice. L'O. ritiene che in quasi tutte queste forme atoniche dell'appendice si debba riferire l'atonia a lesione dei nervi mesenterici e della innervazione intraparietale. Alla irritazione nervosa può d'altra parte essere riferita la ipercinesi dell'appendice già denunciata dallo SPRIGGS come segno di appendicite cronica e confermata dalle osservazioni dell'O. controllate al tavolo operatorio. In qualche caso di spasmo circoscritto dell'appendice corrispose all'esame anatomico una alterazione circoscritta della mucosa senza stenosi organica del lume appendicolare. Qualche importanza ha secondo l'O. anche l'osservazione di spasmi circoscritti costanti del cieco e del colon ascendente specialmente lo spasmo dello sfintere interciecale del Busi e dello sfintere colico di Hirsch. La valutazione di tali fatti è tuttavia ancora ardua essendo essi frequenti in varie forme di colite. Anzi secondo l'O. lo sfintere di Hirsch è spesso a lungo contratto in casi di colica ascendente mobile, senza palesi segni di colite.

Il segno più importante e più costante di appendicite cronica è il dolore alla pressione sulla appendice. E' frequente una modica dolorabilità allo spostamento del basso in lato dell'appendice. In molti casi la localizzazione del dolore è il solo segno patologico; in atri permette di prendere in considerazione e successivamente controllare alcune irregolari immagini appendicolari. Richiamandosi alla straordinaria frequenza della visibilità dell'appendice normale l'O. conferma con la sua casistica che il mancato riempimento dell'appendice e il dolore alla pressione nella sua sede rappresentano un segno fortemente favorevole alla diagnosi clinica di appendicite cronica.

FRUGONI. — L'O. chiede se furono osservati casi con sindrome radiologica negativa pur esistendo sintomatologia clinica chiara.

VESPIGNANI. — L'O. risponde che secondo sue

osservazioni è però facile il contrario, clinicamente non si sospetta mentre radiologicamente la sindrome appendicolare è indubbia.

DUCCESCHI. — L'O. nota l'importanza della comunicazione anche perchè illustra la fisiologia dell'appendice.

La prova dell'acido e dell'alcali nelle malattie renali.

PAGANI-CESA. — L'O. osserva:

1) che la prova trasportata nell'infanzia con alcune lievi modificazioni da lui fatte, si presenta assai facile anche nei piccoli bambini;

2) che essa può essere usata per completamento di un diagnostico renale poichè risponde molto diversamente a secondo che abbiamo dinanzi un nefritico o un nefrotico;

3) che essa ha un certo valore anche pronostico poichè nelle forme lievi di lesione renale la eliminazione dell'acido e dell'alcali si avvicina molto all'eliminazione di un rene normale.

OMIROLO. — L'O. chiede se le prove possono essere dannose e se hanno del resto una vera importanza pratica.

CIMINATA. — L'O. domanda se entra in azione una formazione ammoniacale la quale spiegherebbe la ragione dei fatti.

PAGANI-CESA. — L'O. risponde che non vi sono pericoli, che con tali prove poi si facilita una diagnosi differenziale tra lesione tubulare e lesione glomerulare. Se esiste una formazione ammoniacale non può pronunciarsi essendo il suo un semplice lavoro di controllo.

La reazione di Nobel ed il Ph nei liquidi cefalo-rachidiani normali e patologici.

G. HALFER. — L'O. afferma:

1) normalmente il liquido cefalo rachidiano ha un « ph » che oscilla dai 7,9 a 8,20;

2) nella meningite cerebro-spinale epidemica e nella purulenta il « ph » si sposta verso il punto neutro;

3) nella meningite tubercolare lo spostamento verso il punto neutro è molto leggero, però sempre dimostrabile;

4) alcune volte anche meningismi dati da varie malattie possono cambiare il « ph » del liquor spostandolo verso il punto neutro.

Prof FRANCESCO PANCRAZIO.

R. Accademia Medica di Genova.

Seduta del 18 febbraio 1927.

Presiede il prof. I. CLIVIO, presidente.

Frenicorexi o frenicotomia alla Goetze nel trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare?

Dott. G. RODI. — L'O. riferisce di aver praticato dieci frenico-exeresi per tubercolosi polmonare. Si è preoccupato di ottenere la paralisi completa e permanente dell'emidiaframma e pertanto ha espletato ricerche bibliografiche ed anatomiche nel cadavere sul comportamento del n. frenico e delle vie accessorie di innervazione del diaframma.

Gli risulta che nella maggioranza dei casi le vie accessorie di innervazione raggiungono il tronco principale all'ingresso del torace a livello dell'articolazione sterno-clavicolare ma che in qualche caso l'unione si fa anche al di sotto dell'ilo polmonare come già avevano constatato Ruchmann, Goetze ed altri.

Le vie accessorie che originano nella grande maggioranza dei casi o direttamente dal plesso brachiale o dal nervo succlavio sono facilmente identificabili sul margine esterno dello scaleno anteriore nel suo terzo inferiore.

Gli risulta inoltre che in quei casi nei quali esiste aderenza della pleura mediastinica, l'interruzione del n. frenico collo strappamento avviene generalmente a livello dell'ilo polmonare.

In base a queste constatazioni crede necessario associare alla frenicorexi semplice (W. Felix-Morone) la ricerca sistematica dei rami accessori per ottenere sicuramente la paralisi completa dell'emidiaframma.

Indicazioni e risultati della frenicectomia nella cura della tubercolosi polmonare.

Prof. A. DA GRADI. — Riferisce su 8 casi operati venendo alla conclusione:

1) Che la frenicectomia è senz'altro da preferirsi alla semplice frenicotomia.

2) Che la frenicectomia è consigliabile e doverosa in tutti quei casi nei quali, secondo le norme dettate dal Forlanini, è indicata la cura pneumotoracica; ma nei quali, per ragioni di tecnica, tale cura non è attuabile o deve essere abbandonata (escludendo quindi le forme iniziali e leggiere).

3) Che il taglio del frenico serve ottimamente contro le emottisi.

4) Che con la frenicectomia e la paralisi consecutiva permanente del diaframma interessato, il volume del polmone corrispettivo è notevolmente ridotto non solo nel periodo di riposo, ma anche durante la fase inspiratoria, per l'aspirazione ed ascesa del diaframma paralizzato nel cavo toracico.

Prof. G. MASINI. — *Di alcune complicazioni endocraniche dell'otite media purulenta.*

Seduta del 25 febbraio 1927.

Presiede il prof. I. CLIVIO, presidente.

Herpes zoster e varicella.

Dott. A. RADAELLI. — L'O. ha avuto modo di osservare, in un uomo di 72 anni, un herpes zoster del plesso cervicale superficiale di destra accompagnato da una eruzione vescicolosa generalizzata, a vescicole erpetiche sparse sul tronco, clinicamente simili ad elementi di varicella.

Istologicamente si dimostrano numerose cellule del malpighiano in degenerazione.

Ricorda come nella letteratura si trovino casi simili che vanno sotto il nome « zoster con vescicole aberranti » o di « zoster generalizzato ».

Tratteggia il quadro dello zoster generalizzato, seguendo i numerosi casi pubblicasi sotto questo nome. Ricorda infine i fatti clinici, epidemiologici, sperimentali, immunitarl che sembrano avvalorare l'potesi della origine unitaria dell'herpes zoster e della varicella. L'O. crede di poter interpretare il suo caso come una concomitanza di queste due ultime malattie.

Interpretazione del pielogramma.

Dott. F. GIONGO. — L'O. sopra la scorta di numerosi disegni ricalcati da immagini radiografiche dei più vari pielogrammi, dà norme pratiche per la lettura d essi.

L'azione della luce sui fermenti.

Dott. G. RADAELI. — L'O. ha potuto dimostrare ancora una volta che i raggi ultravioletti distruggono l'amilasi salivare; ciò si ha sia allo stato di secchezza che di soluzione del fermento, come anche in soluzioni gelate dello stesso. Anche il fermento fissato sull'amido crudo risente l'azione di questi raggi. L'O. non ha riscontrato almeno nelle condizioni delle sue esperienze, una azione nociva della luce solare. I raggi ultravioletti hanno una forte azione nociva anche su di un lab vegetale estratto dalle infiorescenze del Cinara Cardunculus.

Ricerche sopra il comportamento dell'amilasi in presenza di amido crudo.

Dott. G. RADAELI. — Sappiamo dalle esperienze di L. Ambard che l'amido crudo è capace di fissare l'amilasi animale contenuta in un liquido con cui venga agitato. Se la quantità di amilasi è piccola il fermento viene fissato integralmente. Il fermento può essere allontanato dall'amido crudo con salda oppure con glicogeno ma non con altre sostanze. I risultati dell'Ambard vengono contradetti da altri autori i quali non hanno mai riscontrato una fissazione completa del fermento. L'O. conferma i risultati dell'Ambard anche per soluzioni di fermento assai più concentrate di quelle usate da questo A.

Aggiunge inoltre che egli ha notato che i sali (KCl, KNO_3) sono capaci di asportare una piccola quantità del fermento legato all'amido crudo, ciò che spiega la necessità della presenza di elettroliti salini nella defissazione della amilasi dell'amido crudo con salda o con glicogeno. L'O. ritiene che non debba essere rigettato il metodo proposto dall'Ambard per il dosaggio dell'amilasi in liquidi che ne contengono in piccola quantità (sangue, urine).

Seduta dell'11 marzo 1927.

Presiede il prof. I. CLIVIO, presidente.

La diatermia in rapporto alle osteo-sintesi metalliche.

Dott. UBALDO VALLEBONA. — L'O. espone i risultati di applicazioni di correnti diatermiche su regioni contenenti osteo-sintesi metalliche, e riferisce alcune esperienze personali che dimostrano l'importanza della nozione dell'orientamento dell'osteo-sintesi rispetto alla posizione degli elettrodi.

Richiama l'attenzione sulla possibilità di produrre coagulazioni profonde senza avere lesioni cutanee.

Contributo alla conoscenza dei neoplasmi nei diverticoli vescicali.

Dott. VITTORIO RAFFO. — L'O. comunica una osservazione personale di cancro sviluppatosi in diverticolo vescicale congenito, riepilogando i pochi casi simili esistenti nella letteratura.

Sul valore della prova del salicilato quale rivelatrice dell'insufficenza epatica globale.

Dott. GIUSEPPE MAZZACUVA. — L'O. ha eseguito su 94 pazienti degenti presso la Clinica Chirurgica di Genova la prova di Roch e Schiff per svelare l'insufficenza epatica globale iniziale. Dai risultati ottenuti dal confronto coi dati forniti da altri metodi di esplorazione funzionale della cellula epatica conclude che la prova ha scarso valore clinico.

La valvola termojonica colla griglia nella pratica radiologica.

Prof. VITTORIO MARAGLIANO. — L'O. dopo aver enumerato i vantaggi ed i difetti dei selettori meccanici propone l'uso della valvola termojonica colla griglia (triodo) allo scopo di selezionare non solo l'onda utile, ma la cresta di questa onda.

A tale scopo egli propone di caricare con dispositivo apposito la griglia in modo che essa sia positiva in corrispondenza della cresta dell'onda e negativa alla base.

Con tale accorgimento si ottiene l'effetto di utilizzare solamente nell'ampolla Rontgen la cresta dell'onda, eliminandone la base a minor potenziale.

Seduta del 25 marzo 1927.

Presiede il prof. I. CLIVIO, presidente.

Una modificazione della reazione di Schick. La reazione di Koplik.

Prof. A. GISMONDI, Dott. L. CONSIGLIO e Dott. E. OLIVELLI. — Nel reparto pediatrico degli ospedali civili di Genova-Sampierdarena gli OO. hanno proceduto ad uno studio comparativo della reazione classica di Schick con quella semplificazione proposta da Koplik fin dal 1918, e di cui finora nessuno si era mai occupato.

In 79 bambini furono praticate le due reazioni contemporaneamente. I risultati sono stati i seguenti.

Le due reazioni concordarono 75 volte su 79; ossia si ebbero 44 volte entrambe negative, e 31 volta tutte e due positive. Nei quattro casi in

cui vi fu discordanza tre volte si ebbe Koplik positiva e Schick negativa; una sola volta la Koplik fu negativa e la Schick invece positiva.

Gli OO. ritengono che la Koplick sia più sensibile della Schick; la lettura ne è più facile; e come lo mostrano i tre casi di Koplick positiva con Schick negativa è capace di rivelare casi dubbi, ove il contenuto di antitossina nel sangue arriva appena al limite dell'immunità. Essi spiegano l'unico caso di Koplick negativa con Schick positiva come un eventuale errore di tecnica, trattandosi di uno dei primi casi studiati.

La modificazione di Koplick ha anche il vantaggio di dispensare dalle diluizioni di tossina, diluizioni che devono sempre essere fatte estemporaneamente per la grande labilità che mostra la tossina diluita, tanto che già entro 24 ore può perdere il suo potere tossico.

Ergotamina e istamina.

Dott. P. BERRI. — L'O. ricorda il suo personale contributo allo studio dell'azione dell'istamina sulla secrezione gastrica e sul valore della prova dell'istamina nella diagnostica delle malattie dello stomaco e come saggio della funzionalità gastrica, e quello recente di altri autori italiani. Traendo argomento dall'errore assai frequente in cui molti autori cadono ancor oggi definendo l'istamina come principio attivo della segale cornuta, l'O. ricorda che il principio attivo di questa droga è l'ergotamina. Di questo alcaloide egli passa a considerare le principali proprietà farmacologiche e le vantaggiose applicazioni cliniche. Indi ricorda quali sono le proprietà dell'istamina, quale il suo probabile meccanismo d'azione e quali i tentativi di applicazione terapeutica.

Diagnosi biologica nelle neoplasie.

Dott. I. MENNITI. — Dopo aver brevemente accennato al concetto su cui si basa l'enzimoreazione (possibilità di potre rilevare nel siero di sangue la presenza di fermenti specifici, per la conservata specificità della molecola albuminoidea anche negli stadi ulteriori della sua scissione idrolitica) riferisce sui risultati ottenuti dall'applicazione di tale mezzo di indagine biologica nella diagnosi delle neoplasie.

Quarantotto furono i casi studiati.

Su 30 risposte positive per carcinoma il reperto clinico risultante dall'atto operativo o dal rilievo anatomo-patologico mostrò la sua esatta corrispondenza per 25, di 3 casi invece non si potè controllare l'esattezza del reperto della enzimoreazione per mancanza di ulteriori dati.

Dei 2 reperti positivi del sarcoma, uno ebbe conferma clinica, l'altro istologica.

Nei 48 casi studiati venne praticata l'enzimoreazione oltre che verso le neoplasie anche per la tubercolosi e la sifilide; si sono avute 8 risposte positive per la tubercolosi (di cui 7 con conferma clinica ed anatomo-patologica ed una di cui mancano ulteriori dati), e 6 per la sifilide di cui 5 con conferma clinica.

Accenna inoltre alle osservazioni condotte dal dott. BALBI nella Clinica Dermosifilopatica di Padova per la diagnosi biologica nelle neoplasie cutanee su 25 casi di forme epiteliomatose vere della cute e su 9 con malattie precancerose. Mentre la percentuale di positività ottenuta fu dell'8,3 % con la reazione meiostagminica stalagmometrica di Ascoli ed Izar, del 4,2% con la reazione meiostagminica precipitante di Izar e dell'8 % con la reazione di Kahn, con la enzimoreazione Balbi riferisce di aver ottenuto una percentuale di positività dell'83 %.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Flebite e tromboflebite degli arti inferiori e delle vene superficiali dell'ipogastrio.

È degno di nota il fatto che nella maggior parte dei trattati di medicina la flebite o è appena accennata o non se ne fa affatto menzione, il che sorprende alquanto, visto che essa è abbastanza frequente sia come complicazione o postumo di malattie infettive, sia nei gottosi. È stato oggetto di controversie se la flebite si manifesti con o senza formazione di trombo o se la trombosi preceda la flebite. Hunter e i suoi allievi ritenevano che l'infiammazione della vena precedesse la trombosi, ma Virchow nel 1856 stabilì che la condizione primaria ed essenziale fosse la trombosi e che la flebite fosse un fatto secondario. Probabilmente vi è una certa verità in ambedue queste asserzioni; ma la evenienza più comune è certamente la flebite con trombosi.

W. Bain (*The Lancet*, 2 aprile 1927) si occupa diffusamente di questo argomento e riporta 4 casi clinici interessanti. Le varietà di flebite o flebite con trombosi sono le seguenti: 1) la flebite migrante, di cui ha descritto alcuni casi Briggs, e che egli chiama « flebiti ricorrenti di oscura origine »; 2) la flebite luetica, che interessa principalmente la tunica avventizia della vena; 3) la flebite che insorge in seguito a una ferita settica; 4) la tromboflebite che complica o segue alle malattie infettive (febbre tifoidea, influenza, ecc.); 5) la tromboflebite intramuscolare.

Alcuni AA. sono del parere che la flebite e la tromboflebite siano causate da germi patogeni o dalle loro tossine.

Per quanto riguarda l'etiologia, la trombosi può essere dovuta a cause molteplici: 1) lesioni del l'endotelio della vena; 2) rallentamento della corrente sanguigna e alterazioni del sangue, che ne aumentano la coagulabilità; 3) la clorosi. Nei soggetti clorotici la formazione di trombi è probabilmente dovuta ad alterazioni del sangue: quando vi è una notevole diminuzione di emoglobina nel sangue circolante l'endotelio delle vene è nutrito insufficientemente; 4) la gotta. Paget era dell'opinione che la flebite nei gottosi interessa piuttosto le vene superficiali che le profonde e si manifesta alternativamente in diversi tratti della stessa vena o in un tratto della vena omonima dell'altro lato. Questa disposizione metastatica e simmetrica sta in favore dell'ipotesi che la condizione primaria non sia la coagulazione del sangue bensì l'infiammazione delle pareti venose. W. Roberts pensava che la presenza di cristalli di urato sodico nel sangue possa costituire il punto di partenza nella formazione di trombi. Coates e Raiment sostengono che i gottosi siano predisposti ad attacchi di tromboflebite a causa della ipercalcemia che si riscontra in essi (16-24 mmgr. di Ca per cento); 5) il parto, specialmente dopo gravi emorragie; 6) le malattie infettive. È degno di rilievo il fatto che nelle trombosi, complicanti le malattie infettive, non è stato mai riscontrato il germe della malattia nel coagulo. La maggior frequenza delle trombosi venose nell'arto inferiore sinistro è da attribuirsi a rapporti anatomici ben noti.

I sintomi iniziali della flebite e della trombo flebite sono identici quando è interessata una vena superficiale. La cute si presenta di un colorito rosso o rosso cupo. Il dolore è più o meno vivo, a seconda dei casi; le flebiti della v. safena di sinistra sono più dolorose di quelle della omonima di destra e ciò a causa della maggiore vicinanza del n. safeno alla vena.

Quando è trombosata una vena superficiale il polso e la temperatura sono normali, a meno che il trombo non sia molto esteso o settico. In genere vi è edema più o meno cospicuo. L'A. cita un caso interessante di tromboflebite della vena femorale sinistra in un paziente affetto da gotta. La vena rimase occlusa per un anno; di poi essendosi ristabilita la circolazione l'edema gradualmente scomparve e l'arto riacquistò la grandezza primitiva.

Per quanto riguarda la cura, è bene quando vi è febbre elevata, consultare un chirurgo per decidere la linea di condotta da seguire nel caso particolare. Nei casi, invece, in cui la temperatura è normale o vi è poca febbre, la terapia verrà regolata come segue.

Il malato dovrà stare a letto, in posizione semiseduta se è interessata una vena superficiale, e in posizione supina se trattasi di una vena più grande. Il fattore più importante nella cura è il riposo assoluto. L'arto verrà mantenuto in posizione elevata mediante cuscini o rialzando il letto da piedi, e sarà protetto mediante una gabbia di legno. Si faranno degli impacchi caldi di acido borico, ricoprendo con boudrouche e applicando una fasciatura lenta. Se vi è dolore si userà una soluzione di acetato di piombo con oppio o meglio glicerina e belladonna. Se è interessata una vena profonda si potrà ricorrere ad altre preparazioni: antiflogistina, ecc. L'arto verrà tutto avvolto di ovatta e tenuto in posizione acconcia mediante un accurato bendaggio, che si rinnoverà una o due volte al giorno. Se il dolore dovesse persistere si daranno dei cachets di piramidone e citrato di caffeina, uno ogni 4 ore,

e, in casi estremi, si ricorrerà a una iniezione di morfina. Occorre avvertire il paziente di non compiere dei movimenti bruschi, per il pericolo dell'embolia. L'alimentazione dev'essere tenue e sostanziosa e si provvederà a vuotare l'alvo regolarmente. Se la trombosi interessa una vena superficiale il paziente potrà far uso del vaso da notte collocato vicino al letto, ma se si tratta della vena femorale dovrà assolutamente far uso della padella. Si porrà la massima cura nell'evitare i decubiti. Dopo un certo tempo il malato accuserà dei dolori acuti alla regione lombare; in tal caso è bene applicare un linimento di mentolo, belladonna e cloroformio. Quando è trombosata la v. femorale si potrà prescrivere un delicato massaggio dopo 2 o 3 mesi dall'inizio della malattia.

Una domanda che viene spesso rivolta al medico dal malato è la seguente: quando potrò alzarmi? A questo proposito sarà bene attenersi al detto: *melius abundare quam deficere*. Se è trombosata una vena superficiale il p. potrà alzarsi dopo 4-6 settimane, se una vena profonda il tempo verrà determinato in base alla gravità del caso e alle condizioni del malato. Anche se la temperatura e il polso sono normali, può essere necessario prolungare la degenza per 3 o 4 mesi.

Per quanto riguarda la cura medicamentosa, A. Wright raccomandava l'uso del citrato di sodio nel latte o l'acido citrico (20 gr.) in acqua, due volte al giorno. Se si sospetta una causa settica, si potrà somministrare del manganese colloidale per via orale. Tuttavia è ben difficile stabilire il valore terapeutico di questi rimedi sussidiari. Pare che le acque e i bagni della stazione termale di « Bagnoles de L'Orne » abbiano la proprietà di prevenire le flebiti.

N. MARZO.

Il risultato pratico dell'estirpazione della surrenale nella cosidetta gangrena spontanea secondo i dati raccolti in 110 casi dai chirurgi russi

Herzberg. (*Archiv f. klin. Chir.*, vol. 143 pag. 126, 1926) scrive che nell'ultimo decennio vennero proposti numerosi metodi terapeutici nella cura della gangrena spontanea. Ricordiamo p. es. la simpaticectomia periarteriosa, l'anastomosi artero-venosa, la sezione dei nervi, la legatura delle vene, l'iniezione endovenosa di soluzione fisiologica, la diatermia, l'iniezione di alcool nei nervi, la terapia endocrinica, l'innesto di ghiandole sessuali e delle surrenali, l'iniezione di pilocarpina e di insulina, ecc.

Oppel ritenendo che la malattia sia dovuta a uno spasmo vasale conseguente a una aumentata funzione della capsula surrenale, propose e praticò la asportazione di questa. I casi da lui trattati sono finora 90.

L'A. ha potuto osservare 6 casi trattati nella Clinica ddi Leningrado e ne riporta i risultati aggiungendo le osservazioni di altri 104 casi così operati da diversi chirurgi russi dal 1921 a oggi. Da questa inchiesta l'esito lontano della epinefrectomia è apparso poco soddisfacente. La mortalità operatoria è del 14,5 %, nel 40 % dei casi si è dovuto procedere poco dopo l'intervento a una amputazione, negli altri casi l'effetto è stato transitorio. Solo in 11 operati, dopo due anni, non si sono avute recidive.

L'Herzberg viene così alla conclusione che probabilmente la causa della gangrena spontanea non è unica e quindi che la epinefrectomia potrà essere efficace solo in quei casi in cui l'affezione dipenda dalla iperadrenalinemia.

Per quanto riguarda la tecnica operatoria ricorda che l'operazione è stata eseguita 22 volte per via laparotomica, negli altri casi fu scelta la via lombare che l'autore consiglia. La surrenale dovrà essere asportata a pezzetti e incompletamente perchè non si può avere la certezza che la surrenale del lato opposto funzioni a sufficienza.

VALDONI.

Diatesi emorragica in rapporto a forte esaurimento nervoso.

Sono ben conosciute alcune delle cause di stravasi di sangue: anemia grave, trombopenia, alterazioni della coagulabilità, malattie infettive, senilità, disovarismo, ecc.

Müller (*Deutsch. Med. Woch.*, 1927, n. 16) cita i casi di due malate con epistassi ribelli ed emorragie cutanee nelle quali nulla dell'anamnesi, dell'esame obbiettivo e delle ricerche di laboratorio specialmente sul sangue, lasciava sospettare una delle cause abituali, all'infuori di un esaurimento nervoso di alto grado. Egli si domanda se tale esaurimento abbia potuto eventualmente portare alterazioni tali delle pareti dei vasi, da determinare la fuoriuscita del sangue. E ciò forse per azione del sistema neuro-vegetativo.

GARRONE.

TERAPIA.

La terapia alle diverse età.

In generale, *nel bambino*, il medico deve essere sobrio nei medicamenti e tanto più con i medicamenti attivi, cioè tossici, che devono essere usati con estrema prudenza. La belladonna, l'oppio presentano sempre dei pericoli, anche alle dosi terapeutiche generalmente ammesse. In ogni caso, ci si terrà al sistema delle dosi frazionate,

mediante il quale si è arrivati a far prendere il solfato d'atropina in casi di spasmo gastrico senza nessun inconveniente.

Si sceglieranno le forme farmaceutiche più maneggevoli e che meglio si prestano al frazionamento; per esempio la tintura di radici di belladonna a preferenza dello sciroppo o dell'estratto; l'elisir paregorico, lo sciroppo di codeina, relativamente poco tossici piuttosto che le altre preparazioni oppiacee.

Si daranno con estrema prudenza nei neonati i preparati arsenicali organici in uso per il trattamento della sifilide. Quando un neonato viene al mondo coperto di eruzioni sifilitiche, con un fegato grosso, l'arsenico può dare dei veri disastri; non sarà così invece in un bambino abbastanza forte, specialmente se l'eredo-sifilide non sembra in periodo di attivtià.

L'alcool, anche a dosi deboli, può dare nel bambino intensa eccitazione, deliri.

Invece, per il fatto dell'integrità degli emuntori, i bambini tollerano bene i diversi sieri (il siero antidifterico si usa adesso a dosi doppie o triple di un tempo), il salicilato di sodio, l'antipirina.

I bambini reagiscono bene ai diversi agenti fisici che determinano la rivulsione o lo « shock »: impacchi freddi, bagni, ecc. Spesso basta un impacco freddo per fare scomparire un focolaio congestizio.

La dietetica ha un'importanza capitale nella medicina infantile, in considerazione dell'importanza del tubo digerente nella patologia dell'infanzia. Mediante un regime razionale si ha spesso ragione di gastro-enteriti ribelli. Uno scoglio da evitarsi è però l'uso dei diversi latti modificati, delle farine industriali; il pratico, osserva G. Lyon (*Précis de Clinique sémiologique* e *Journal des praticiens*, anno 39, n. 12) deve ricordarsi che un regime sarà tanto più efficace quanto più sarà composto con alimenti naturali, non modificati. Alla medicina del buon senso, si deve aggiungere la dietetica del buon senso.

Per quanto riguarda il modo di somministrazione dei medicamenti, si terrà presente che il bambino rifiuta spesso le pozioni per il sapore disgustoso, e non sa inghiottire nè le pillole, nè le cartine. Per tali ragioni, si dovrà ricorrere, quando è possibile, alla somministrazione per via rettale (antipirina, sali di chinina, bromuro di potassio, cloralio, salicilato di sodio).

I medicamenti insolubili possono essere dissimulati nelle minestre, nelle puree, nelle marmellate.

Evitare, quando è possibile le iniezioni sottocutanee ed endomuscolari, che sono dolorose e determinano nel bambino nervoso una reazione eccessiva; quelle endovenose sono difficili per la piccolezza delle vene.

L'iniezione nelle vene epicraniche o giugulari, teoricamente più facile, non è adottata dalla maggior parte dei pratici, che temono l'effetto morale sull'ambiente e le difficoltà di tecnica. Le iniezioni sottocutanee di siero fisiologico o glucosato saranno sostituite dal goccia a goccia.

Guardarsi inoltre dall'abuso dei topici cutanei, che sono spesso punto di partenza di follicoliti, di impetigeni, di infezioni cutanee diverse.

In complesso, la terapia infantile, deve essere ridotta alla più semplice espressione.

Nel vecchio, si dovrà esser ugualmente sobrii di medicamenti attivi, in ragione dello stato difettoso degli emuntori, che non permette un'eliminazione completa; anche in essi la morfina sarà usata con prudenza; spesso mal sopportati sono anche lo ioduro di potassio ed il salicilato di sodio.

Un altro fattore di intolleranza è costituito dalla ipertensione arteriosa; ci si asterrà quindi dalle iniezioni endovenose di arsenobenzòli negli ipertesi, e si sarà anche prudenti con i sieri e specialmente con i vaccini.

La rivulsione nel vecchio ha effetti scarsi; d'altra parte, gli impacchi freddi sono spesso mal tollerati, i bagni tiepidi, di applicazione difficile.

Non si deve perdere di vista il fatto che nel vecchio che sta in letto, le basi polmonari si ingorgano facilmente e che la stasi sanguigna è un punto di richiamo per l'infezione, sicchè si dovrà fare cambiare spesso di posizione e far prendere frequentemente quella semiseduta.

La pelle dei vecchi va facilmente soggetta agli effetti del decubito; sicchè, in tutte le affezioni croniche, che rendono necessario un lungo soggiorno in letto, si avrà estrema cura di ritardare gli effetti del decubito, con l'asepsi cutanea accurata, con l'uso di cuscini e materasso di gomma.

L'indicazione essenziale nella terapeutica senile è quella di sostenere le forze del malato con una buona alimentazione e di risvegliare tutte le sorgenti di energia, specialmente con l'uso della stricnina.

fil.

Le iniezioni intradermiche di peptone nelle affezioni anafilattiche.

Coriza da fieno. — Si fa una serie di venti iniezioni quotidiane, che potrà eventualmente essere prolungata o rinnovata. Talora il miglioramento è tardivo. I risultati migliori si ottengono iniziando il trattamento al 2°-3° giorno della co-

riza; quello preventivo è inefficace e quello iniziato da una settimana dà risultati poco favorevoli.

Asma. — I risultati più buoni si ottengono quando non esiste una spina irritativa broncopolmonare. Astenersi dal trattamento negli asmatici che hanno crisi continue ed in quelli che hanno crisi soltanto a lunghi intervalli. Non praticare le iniezioni se non in periodo di crisi e non farne mai meno di venti consecutive. Spesso esse diminuiscono di molto l'intensità e la frequenza delle crisi, dando uno stato che è suscettibile di migliorare con una ripresa del trattamento.

Coriza spasmodica. — Si ottengono dei miglioramenti che però sono fugaci, per cui la maggior parte degli autori sconsiglia il trattamento.

Nell'*anafilassi digestiva*, si ricorrerà di preferenza alla peptonoterapia preprandiale.

Per la preparazione della soluzione, Pasteur Vallery-Radot e Blamoutier (*Bull. Soc. méd. des hôpitaux*, 5 maggio 1927) consigliano di usare 50 grammi di peptone (Witte o Chassaing) a cui si aggiunge tanta acqua distillata per fare 100 cmc. Si lascia in contatto per 24-48 ore, agitando ogni tanto con una bacchetta di vetro. Filtrare su carta, ciò che esige parecchie ore. Mettere in fiale di vetro neutro e sterilizzare a 110°.

L'iniezione deve essere rigorosamente intradermica. Essa produce una papula orticata, circondata da una zona eritematosa; entrambe tendono a sfumare dopo un'ora; all'indomani non rimane più che una piccola nodosità rossastra, che scompare del tutto dopo una settimana. Talora permane una zona pigmentata. Alcune pelli molto sensibili reagiscono con la formazione di flittena o di una piccola escara.

Le iniezioni si fanno nelle donne sulla faccia esterna della coscia, nell'uomo al terzo superiore della faccia esterna del braccio.

La dose iniziale è di 1/10 di cmc.; se la reazione locale non è stata molto intensa, si farà all'indomani di 2/10 e poi di 3/10: dose massima che non dovrà mai essere sorpassata.

Fra l'ottava e la dodicesima, alcuni malati presentano reazioni locali molto vivaci, eccezionalmente pseudoflemmonose; talvolta, si ha un risveglio delle reazioni focali dei giorni precedenti. Sembra che i malati che ne risentono maggiori vantaggi siano quelli che hanno più forti reazioni locali.

Le cure ripetute, in alcuni casi, possono dare buoni risultati, mentre sono del tutto inefficaci in altri, nei quali la malattia riprende il suo stato primitivo.

fil.

Di alcune controindicazioni degli estratti ipofisarii nel parto.

P. Gaifami (*La Clinica ostetrica*, 1927, n. 3) riporta l'osservazione del caso di una donna con manifeste note di rachitismo nella statura e nella deformità degli arti inferiori, in cui la levatrice si ostinò a praticare ben tre iniezioni di pituitrina. L'utero ebbe dapprima una ripresa di contrazioni energiche, ma inefficaci per vincere l'ostacolo dato dalla evidente viziatura pelvica e, dopo la terza iniezione, cadde in completa inerzia. La laparotomia praticata immediatamente all'ingresso della donna in Clinica permise di salvare la malata attraverso un decorso burrascoso e grave.

Questo caso ed altri ancora danno l'occasione all'A. di mettere in guardia il medico pratico contro l'uso inconsiderato della pituitrina nei casi in cui la distocia è meccanica e non funzionale, cioè nei casi di viziatura pelvica, di idrocefalo, di stenosi cicatriziale o neoplastica del collo, di un tumore occludente lo scavo, di una presentazione di spalla e così via.

Si deve poi tener presente che la pituitrina non ripete la contrazione fisiologica dell'utero, con la ritmica intermittenza, ma continua la sua azione anche nell'intervallo, per cui persiste un aumento di tono il quale, in casi speciali (eccesso di azione del preparato o preesistente ipertonia dell'utero) può condurre ad una vera tetanizzazione con tutte le conseguenze dannose. Quindi, anche nel caso dell'utero ipertonico o, peggio, se esiste di già spasmodia uterina, bisogna guardarsi dagli estratti ipofisarii e somministrare invece la morfina o preparati equivalenti.

Massima deve poi essere la prudenza nel periodo dilatante, mentre una maggiore larghezza si può avere in quello espulsivo, purchè si tengano presenti le due controindicazioni accennate. Anche in tal caso però si starà attenti per le possibili sofferenze fetali e ci si terrà pronti per un eventuale intervento.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Cloroformio per uso interno. — All'abb. n. 5021 ·

1) Il cloroformio vien somministrato per uso interno, specialmente contro gli elminti, alla dose di gr. 3-5, negli adulti, senza che si manifestino disturbi di sorta. G. Alessandrini che lo ha sperimentato largamente lo raccomanda e ne assicura l'innocuità. La dose tossica di cloroformio, per uso interno, è mal definita perchè il cloroformio è fortemente irritante e introdotto in forte quan-

tità nello stomaco provoca immediatamente vomito che contribuisce alla eliminazione del veleno. Tailor racconta un caso in cui si verificò la morte di un fanciullo di quattro anni chè aveva ingerito quattro grammi di cloroformio. D'altra parte si sono visti degli adulti resistere ad una ingestione di gr. 60-80. Tutto dipende dalla rapidità di eliminazione col vomito e dalla quantità di cloroformio con esso eliminata.

2) Il cloroformio, per uso interno, è controindicato in tutti i casi di infiammazione della mucosa gastrica.

3) Se il cloroformio è tenuto in flacone perfettamente chiuso e di vetro oscuro, può conservarsi anche per un paio d'anni e più, specialmente se contiene piccole quantità di alcool assoluto, che spesso vi si aggiunge dalle fabbriche per assicurarne la stabilità. Le alterazioni dipendono dall'aria umida e dalla luce. Il cloroformio alterato si riconosce dall'aspetto che non è più limpido, dall'odore disgustoso, dai fumi bianchi che spande a contatto di ammoniaca, dal precipitato che appare trattando con nitrato di argento, ecc.

P. DIMATTEI.

All'abb. n. 4106, Trapani:

La legge sugli infortuni e la giurisprudenza relativa ammettono il diritto al risarcimento anche quando una malattia, o in evoluzione o allo stato di latenza, sia aggravata da una causa violenta. Occorre, però, dimostrare che in seguito all'infortunio si è effettivamente verificato un aggravamento rispetto allo stato *quo ante*, dimostrabile clinicamente in modo sicuro, si tratti di una riacutizzazione della malattia, o di complicazioni prima inesistenti, o, comunque, di alterazioni che inducano un peggioramento nel decorso della malattia quale appariva anteriormente al trauma.

Non si può stabilire genericamente il grado di inabilità di un tubercolotico, potendo esso variare a seconda della gravità clinica della malattia.

Sui rapporti fra tubercolosi e trauma può consultare lo studio pubblicato dal prof. DIEZ in *Rassegna Previdenza Sociale*, 1925, n. 9, ove la questione è trattata esaurientemente.

A. P.

Al dott. P. E., da Linguaglossa:

Consulti: S. GALBUSERA: *L'igiene delle carni alimentari*, edito a Padova dalla « Litotipo editrice universitaria ».

fil.

VARIA.

La periodicità del desiderio sessuale nella donna.

In questi ultimi tempi gli studi sui rapporti tra mestruazione, ovulazione, concezione e desiderio sessuale sono stati intensificati. Molte ricerche sugli animali superiori si sono eseguite ma con risultati non molto conclusivi. Nel campo umano i dati finora raccolti sono ancora incerti specie per quel che riguarda la periodicità del desiderio sessuale, che come è ben noto non ha sempre la medesima intensità. Studi al riguardo sono stati iniziati da miss Davis di New York, che nell'*American Journal of Obstetricy and Gynecology* espone le sue prime ricerche su donne non maritate.

Miss Davis ha rivolto il seguente quistionario a 1000 donne nubili:

Avete voi coscienza di sensazioni sessuali ben definite o di desideri che si manifestano a periodi più o meno regolari? Ed in caso affermativo:

a) quanti periodi marcati di desiderio avete tra una mestruazione e l'altra?

b) quale relazioni di tempo hanno i periodi di desiderio con le mestruazioni? Durante, prima o dopo?

c) se avete più di un desiderio tra una mestruazione e l'altra, sono essi eguali per intensità e durata? Quanto si distanziano l'uno dall'altro? quanto durano?

d) questi periodi di desiderio sono tanto intensi da indurre alla tentazione a cedere? Diminuiscono essi la resistenza alla tentazione?

Delle 1000 donne interrogate 10 non risposero, 182 negarono ogni sensazione o desiderio sessuale per tutta la loro vita, 808 ammisero di averlo avvertito in varie epoche della vita. Di queste ultime 238 non avevano osservato alcuna periodicità del desiderio sessuale e 272 notarono una regolare periodicità in rapporto ad ogni ciclo mestruale.

Delle 272 donne che ammisero la periodicità del desiderio sessuale, circa la metà, 126, denunziarono di avvertirlo nello stesso periodo di tempo ciascun mese e la maggior parte, 69, immediatamente prima della mestruazione, 38 dopo, e le altre prima, durante e dopo la mestruazione.

Ciò contrasta con i dati forniti finora dai testi di fisiologia i quali affermano concordemente che il periodo più acuto delle sensazioni sessuali nelle donne si verifica generalmente dopo la mestruazione.

DR.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

XX Congresso dell'Associazione Nazionale Fascista dei Medici Condotti.

Si adunerà a Siena dal 17 al 19 settembre. Sono all'ordine del giorno, oltre la relazione morale e finanziaria, i bilanci ecc., la Cassa Assistenza e Previdenza e la lotta contro le malattie sociali.

Avrà luogo un ricevimento nel Palazzo municipale e si organizzerà una gita ai Bagni di Chianciano o alle Miniere di Abbadia S. Salvatore.

Per le adesioni, le tessere, la prenotazione delle camere ecc. rivolgersi al segretario del Comitato, dott. Manlio Mancini, Siena (S. Prospero).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARICCIA (*Roma*). — Scad. 15 sett.; L. 9500, c.-v., L. 2000 cura poveri oltre 1500.

ASOLO (*Treviso*). *Ospedale Civile.* — Primario medico-chirurgo; scad. 15 sett. Rivolgersi Segreteria Congregazione Carità.

BARI. — Due posti d'ispettore sanitario e due condotte; scad. 15 sett.; vedi fasc. 34.

BASSANO (*Vicenza*). — Scad. 30 sett.; L. 12,000 e 6 quadrienni dec.; c.-v.

CAPOLIVERI (*Livorno*). — Scad. 10 settembre; L. 12,000, oltre L. 500 uff. san.

CASTEGGIO (*Pavia*). — Cond. esterna. Scad. 17 sett.; L. 13,000 e 5 quadrienni; età lim. 35 a. Tassa L. 50.20.

CASTIGLIONE DEI GENOVESI (*Salerno*). — Scad. 23 sett.; vedi fasc. 34.

CECINA (*Livorno*). *Ospedale della P. A.* — Medico chir. fisso di guardia; età 32-45 a.; L. 10,000; facoltà esercizio lib.; tassa L. 50.15. Scad. 15 sett.

COTTANELLO (*Rieti*). — Scad. 10 sett.; chiedere annunzio.

FINALE EMILIA. *Congregazione di Carità.* — Scad. 15 sett. Chirurgo direttore dell'Ospedale; L.15,000 con 5 quadrienni dec., c.-v. in L. 720, 50 % importo operazioni chirurgiche abbienti. Chiedere avviso.

GENOVA. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari per due consorzi comprendenti Recco e Rapallo; titoli ed esami; L. 14,000 e 10 bienni di L. 700, oltre L. 2000 per visite settimanali ordinarie, oltre rimborso spese di trasporto; divieto esercizio profess. Tassa L. 50. Scad. ore 17 del 1° ottobre.

MERETTO DI TOMBA (*Udine*). — Scad. 30 sett.; stip. L. 8000 per 1000 poveri, L. 1.50 ogni povero in più. Tassa L. 50.15. Rivolgersi Segr. com.

MONTICHIARI (*Brescia*). — Scad. 30 sett.; vedi fasc. 34.

NARNI (*Terni*). — Scad. 10 sett.; cond. comprimaria; L. 8000, oltre L. 600 serv. att. c.-v., L. 4000 cav.; tassa L. 50.15; assunzione servizio entro 15 gg.

NOGARA (*Verona*). — Al 15 sett., 1° reparto; ab. 3500, iscritti 300 c.; L. 8000 e 4 quinquenni dec. oltre L. 1000-2500-3000 trasp., L. 500 ambul.; tassa L. 50 (se per cart.-v. L. 50,20); docum. a 3 mesi dal 15 ag.; serv. entro 15 gg.

RIGNANO GARGANICO (*Foggia*). — Scad. 1 mese dal 10 ag.; età lim. 35 a.; docum. a 3 mesi dal 10 ag.; L. 9000 e 5 quadr. dec.; c.-v. in L. 420; tassa L. 50.10; serv. entro 15 gg.

ROVEGNO (*Genova*). — Consor. con Gorreto; lire 10,600 e 10 bienni, oltre a varie indennità. Scad. 15 settembre.

SASSARI. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari di La Maddalena e di Pattada; vedi fasc. 32 e 34; scad. 15 sett.

Uff. san. Ozieri; L. 6000; scad. 30 sett. Tassa L. 50.20. Doc. alla Prefettura.

SENOSECCHIA (*Trieste*). — Al 15 sett.; v. fasc. 32.

SORANO (*Grosseto*). — Scad. 20 sett.; v. fasc. 34.

TORRICE (*Frosinone*). — Scad. 20 sett.; vedi fasc. 34.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario; scad. 10 sett.; vedi fasc. 32.

VICENZA. *Ospedale Civile.* — Scad. 15 ott., ore 18; chirurgo primario; nom. e conferme settennali fino al 60° anno; L. 6000 (*sic*); età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 20 ag.; tassa L. 50; 8 anni di laurea di cui 4 di serv. ospedaliero o in clinica.

VILLANOVA DI CAMPOSAMPIERO (*Padova*). — Scad. 15 sett.; L. 9000; c.-v.; L. 3000 per cav.; L. 500 uff. san.; tassa L. 50.10.

Cercasi medico chirurgo interino fisso con retribuzione annua, per i soli poveri, di L. 10,500, oltre L. 500 quale uff. san. Popolaz. di oltre 1225 abitanti; 180 iscritti. Il paese non ha frazioni, è situato su amena collina, dista da Aquila km. 25 ed è attraversato dalla linea automobilistica Aquila-Avezzano. Assunz. servizio subito. Rivolgersi: Commissario Prefettizio dott. Calì - Roccadicambioli (Aquila).

Cercasi medico disposto sostituire collega condotta 20 sett.-20 ott. Condizioni ottime. Stazione idroclimatica. Rivolgersi: Ufficio Sanitario Acquasparta (**Umbria**).

NOSTRE CORRISPONDENZE.

A proposito della lotta contro il cancro.

Pisa

Pochi giorni addietro il prof. A. Caesaris-Demel, direttore dell'Istituto di Anatomia Patologica della R. Università di Pisa, e presidente della Sezione Pisana per la lotta contro il cancro, ha tenuto, dietro invito dell'Associazione nazionale fascista medici condotti della provincia di Pisa, una conferenza sui tumori maligni e particolarmente sul cancro, richiamando l'attenzione dei medici sulle conclusioni degli studi fatti in proposito e sul modo di combattere la terribile calamità.

L'illustre anatomo-patologo, dopo aver risposto

al saluto ed al ringraziamento che il dott. Quaratesi, segretario provinciale dell'A.N.F. dei medici condotti della provincia di Pisa gli ha rivolto, per avere accettato l'invito, è subito entrato in argomento. Ecco riassunto quanto ha detto l'illustre scienziato:

« In questi ultimi anni si intensificarono gli studi sui tumori maligni e specialmente sul cancro che di tutti è il più frequente, e così larga messe di osservazioni nel campo sperimentale e clinico furono raccolte. Oggi noi non solo possiamo trapiantare indefinitamente da animale ad animale tumori primitivi spontanei degli animali stessi, ma possiamo anche a nostra volontà con svariati agenti fisici (calore, traumi, raggi, ecc.) chimici (catrame, paraffina, ecc.) parassitari (gomgilonema, spiroptera, ecc.) determinare tumori maligni negli animali, tumori che una volta originati si possono trapiantare in serie. Abbiamo così la possibilità di avere sempre a nostra disposizione, per svolgere i nostri studi, animali con tumori maligni. Da questo mirabile complesso di osservazioni la causa vera specifica dei tumori maligni non è stata però ancora dimostrata, si è solamente potuto determinare che questa causa non è unica ma molteplice e che una volta determinato il tumore questo continua nel suo fatale svolgimento senza che la causa debba ancora agire, a differenza di tutte le altre malattie di origine infettiva che levata la causa si arrestano e possono guarire. Quanto però la ricerca sperimentale ci ha ora dimostrato era già stato in tempo passato dalla clinica con perspicace intuizione sospettato, giacchè si era già dimostrato che cancri seguivano ad irritazioni o fisiche o chimiche o parassitarie, e si originavano in questi casi sopra un fondo infiammatorio. Da queste osservazioni sperimentali e cliniche noi però possiamo trarre un utile insegnamento che ha una importanza pratica di primo ordine. L'insegnamento è questo: che il cancro, sia spontaneo che sperimentale è sempre preceduto da lesioni che non sono ancora cancro ma che stanno per diventarlo, lesioni che oggi sono denominate come « precancerose ».

Il saper riconoscere queste lesioni dà al medico la possibilità di intervenire a tempo per troncare la malattia al suo nascere con un tempestivo intervento terapeutico, che può essere dato dalla asportazione chirurgica o dalla distruzione a mezzo di caustici o di raggi. Per determinare la natura e l'evoluzione è sempre necessario che queste formazioni siano esaminate istologicamente e da ciò la necessità che in parte siano esportate per biopsia, e consegnate all'istologo per una pronta diagnosi precisa. Si prospetta così la necessità assoluta che non solo i medici si persuadano della utilità della biopsia ma si convincano anche della necessità di persuadere i propri malati a lasciarsela praticare, biopsia che, se bene eseguita, non presenta tutti quei pericoli che i tenaci oppositori di ogni ardita innovazione si ostinano a prospettare.

Per opporsi alla diffusione del cancro in tutte le Nazioni si stanno fondando apposite Leghe che sono largamente fornite di mezzi da Enti e privati. Anche in Italia una simile Lega si è fondata ed è ora sotto alla presidenza del sen. Lustig. Questa Lega ha avuto un incondizionato appoggio del Governo che con opportuni decreti le ha assicurato larga sovvenzione di mezzi.

In ogni provincia la Lega deve avere la sua Sezione e questa recentemente fu fondata anche a Pisa dove comincierà a funzionare dopo che nel Congresso che molto opportunamente si terrà nel prossimo ottobre a Milano, saranno in modo preciso coordinate le azioni delle singole Sezioni.

Pisa sede di una gloriosa Facoltà Medica si appresta con coraggio e con fede a far funzionare la propria Sezione. Comincierà coll'istituire un « Centro diagnostico » per la diagnosi dei tumori o esportati dal chirurgo o prelevati colla biopsia, Centro che avrà sede negli Istituti di Anatomia Patologica e di Patologia Generale e che potrà corrispondere pienamente ai bisogni dei medici e dei malati. Si istituiranno poi anche nelle cliniche universitarie speciali ambulatori per la diagnosi clinica precoce dei tumori, e si spera anche di poter fondare un luogo di cura sufficientemente fornito di radio per una larga applicazione di questo promettente mezzo di cura.

Fino ad ora alla Sezione di Pisa hanno aderito in massima parte i medici sempre all'avanguardia nelle opere benefiche. È desiderabile ora che i cittadini e gli Enti locali largamente contribuiscano ai mezzi che occorrono alla nascente istituzione.

Pisa così ancora una volta non sarà ad alcuna altra seconda in questa nobile iniziativa, Pisa saprà rispondere degnamente all'appello del Duce che anche in questa opera profilattica tanto necessaria è l'animatore ed il più tenace assertore ».

Terminata la conferenza il prof. Demel, che si era irrigidito nel saluto fascista, è stato lungamente applaudito e nuovamente ringraziato da tutti gli intervenuti, fra i quali notavansi il prof. Sacerdotti, direttore dell'Istituto di Patologia Generale della R. Università di Pisa, nel laboratorio del quale molte preziose ricerche sperimentali sono state eseguite sull'assillante problema, il prof. Polettini, direttore dell'Istituto di Patologia generale della R. Università di Sassari del quale sono noti gli importantissimi studi sull'argomento, numerosi aiuti ed assistenti Universitari oltre una schiera di medici e chirurghi e specialisti da più parti intervenuti. Dott. O. ANGELELLI.

NOTIZIE DIVERSE.

Infortunio redazionale.

Tutte le bozze di stampa del « Policlinico » e della « Clinica Ostetrica », corrette dagli autori, sono andate perdute. Un nostro fattorino stava trasportandole dalla tipografia in redazione, entro una grande borsa legata alla bicicletta; ma avendo egli lasciata questa momentaneamente incustodita, un ladro ne ha profittato per rubarla, e insieme alla bicicletta sono scomparse le bozze. I nostri tentativi per ricuperarle sono riusciti infruttuosi.

Abbiamo provveduto a far tirare una nuova copia di bozze (si tratta di parecchie migliaia di pacchi di composizione) e ad inoltrarle agli autori, perchè abbiano la compiacenza di curarne una nuova correzione.

Intanto alcuni lavori e alcune recensioni avranno corso, in questo e nei prossimi fascicoli, senza le correzioni degli autori. E gli autori ed i lettori vorranno tenerci per scusati.

II Congresso Nazionale per la Lotta contro la Tubercolosi.

Viene organizzato sotto gli auspici della Federazione Nazionale Italiana per la Lotta contro la Tubercolosi. È indetto a Milano dal 23 al 26 ottobre; si svolgerà nel Castello Sforzesco.

La presidenza onoraria ne è stata accettata da S. E. Benito Mussolini; la presidenza effettiva dal prof. Ernesto Belloni, podestà di Milano. Segretario generale ne è il prof. Andrea Scarpellini, ufficiale sanitario di Milano.

Il Congresso sarà diviso in tre Sezioni:

1) *Sezione sociale*: Presidente, prof. Gaetano Ronzoni; Segretario, dott. Guido Salvini.

Questioni all'ordine del giorno: 1) Necessità di revisione dell'Istituto Dispensariale in Italia (relatori: prof. Carlo Benedetti, Roma; dott. Guido Salvini, Milano); 2) Il finanziamento delle Opere Antitubercolari (relatori: prof. Arcangelo Ilvento, Roma; prof. Gustavo Pisenti, Udine).

2) *Sezione consorziale*: Presidente, on. ing. Agostino Perego; Segretario, dott. Giovanni Guizzon.

Questione all'ordine del giorno: L'ordinamento legislativo dei Consorzi Antitubercolari Provinciali (relatore: on. avv. Sileno Fabbri, Milano).

3) *Sezione scientifica*: Presidente, prof. Umberto Carpi; Segretario, dott. Ambrogio Cecchini.

Questione all'ordine del giorno: Stato attuale delle nostre cognizioni sui rapporti tra costituzione e malattie tubercolari (relatore: prof. Vincenzo Fici, Palermo).

Il 26 ottobre verrà tenuto, nella stessa sede del Congresso, un Convegno Nazionale delle Assistenti Sanitarie, con lo svolgimento dei seguenti temi: « L'Assistente Sanitaria nei Dispensari antitubercolari » (Relatori: prof. Carlo Galassi, Terni, e Sig.ra Carmela Sartori, Trento). « Dignità professionale e responsabilità dell'Assistente Sanitaria garantite dalla legge di Stato » (Relatrice: Sig.na Pilastrini, Roma).

Durante il Congresso saranno tenute le seguenti conferenze nell'Aula « Luigi Mangiagalli » presso gli Istituti Clinici di Perfezionamento (Via Commenda, n. 12) Prof. Antonio Fagiuoli e dott. Agide del Bue: « Il dispensario ambulante: metodo italiano di lotta contro la tubercolosi »; prof. Alberto Pepere: « Reperti anatomici e concezioni patogenetiche della tubercolosi polmonare »; dott. G. B. Roatta: « L'organizzazione delle infermiere sociali nel mondo anglosassone ».

Chi desidera fare delle comunicazioni dovrà indicarne il tema prima del 10 ottobre al Segretario Generale del Congresso prof. Andrea Scarpellini (Via Palermo 6, Milano). Il Comitato ordinatore del Congresso è in facoltà di ammettere o no lo svolgimento di comunicazioni di cui gli fu dato annuncio.

Per la inscrizione al Congresso è necessario inviare non oltre il 16 ottobre la quota individuale di lire venti alla Segreteria della Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi (Via Toscana 12, Roma (25)).

La Segreteria provvederà all'invio delle relazioni a stampa e dei documenti di viaggio necessari per ottenere la riduzione delle tariffe ferroviarie.

A una seduta riservata alla assemblea della Federazione, potranno intervenire solo i soci della Federazione al corrente col pagamento della quota per il 1927, effettuato al 30 settembre.

XIX Congresso francese di Medicina.

Organizzato dall'« Association des Médecins de Langue Française » è indetto a Parigi dall'11 al 15 ottobre, sotto la presidenza del prof. Pierre Teissier. Temi in discussione: « Semiologia delle setticemie mediche », relatori: P. Gastinel e J. Reilly (Parigi), P. de Vezeaux de Lavergne (Nancy), F. Arloing e P. Dufourt (Lione), L. Langeron (Lilla); « Fisio-patologia degli edemi », relatori: E. Aubel e P. Mauriac (Bordeaux), P. Govaerts (Bruxelles), P. Vallery-Radot e P. Nicaud (Parigi); « Indicazioni mediche e valore terapeutico comparato della splenectomia », relatori: N. Fiesinger e P.-L. Brodin (Parigi), A. Nanta (Algeri), J. Tapie (Tolosa).

Subito dopo il Congresso verrà celebrato il centenario di Villemin.

Al Congresso sarà unita un'Esposizione di riviste e di libri, di apparecchi e presidî e di prodotti. Viene anche preparata un'Esposizione artistica retrospettiva.

Un Comitato di signore si occuperà delle famiglie dei Congressisti.

Le quote sono: per i membri aderenti di 50 franchi; per le persone di famiglia e per gli studenti di medicina di 25 franchi. Vanno indirizzate al sig. Pierre Masson, boulevard Saint-Germain 120, Paris (VIe), mediante chèque o versamento al conto-corrente degli chèques postali N. 599, Parigi. (Esse danno diritto al viaggio

gratis di ritorno sino alla frontiera, purchè le quote non siano state rimesse oltre il 1° sett.).

Per gli alloggi e il mantenimento rivolgersi all'« agence F. le Bourgeois », boulevard des Italiens, Paris (IXe).

Informazioni complementari possono aversi dagli uffici del Congresso, salle Béclard, Faculté de Médecine, rue de l'École de Médecine 12, Paris; ovvero dal « Bureau de l'Association pour le Développement des Relations Médicales avec l'Étranger », stesso indirizzo; o dal segretario generale del Congresso, Dr. Chiray, rue Pétrarque 14, Paris (XVe); o dal tesoriere, Dr. Lian, rue de Bourgogne 19, Paris (VIIe), a seconda della natura delle informazioni.

Per la commemorazione di Villemin, che avrà luogo alla chiusura del Congresso nei giorni 16 e 17 ottobre, rivolgersi alla « Direction du Service de Santé du Ministère de la Guerre », rue de Bellechasse 66, Paris.

Convegno della stampa medica.

In occasione del XVIII Congresso Naz. Idrologico, che si adunerà a Milano dal 3 al 6 ottobre, avrà luogo, in ora e locale da destinarsi, una riunione privata di Direttori e Redattori di periodici medici italiani, per uno scambio di idee, che, se anche non condurrà subito a pratiche conclusioni, potrà tuttavia riuscire utile sotto varii aspetti.

Escludendo che s'intenda costituire una qualsiasi Associazione (la quale, anche contro ogni intenzione, potrebbe sembrare volersi sostituire a quella di cui furono gettate le basi a Padova, nello scorso ottobre), la riunione di Milano, a fianco del Congresso Idrologico, varrà tra l'altro ad affermare quale grandissima influenza ha la Stampa Medica nelle sorti delle Stazioni di Cura, deducendone, di conseguenza, quali sono i diritti che la Stampa Medica può giustamente rivendicare. Verrà anche discussa l'idea (che si deve ad un illustre pediatra, direttore di due periodici) di un « Ufficio per la Stampa Medica Italiana », il quale, valendosi di organi pubblicitari che vanno a tutti i Medici d'Italia e Medici italiani all'estero, si incarichi, fra l'altro, di procurare abbonamenti ai periodici medici italiani, che ad esso « Ufficio » aderissero.

Si cercherà di ottenere la presenza o l'adesione, di tutti i gruppi di periodici appartenenti alle singole discipline, o specialità medico-chirurgiche, delle quali talune (Neuropatologia, Ostetricia, ecc.) contano più di dieci periodici per ciascuna.

La riunione di Milano avrà dunque essenzialmente lo scopo di stringere sempre meglio i rapporti fra i periodici medici italiani di tutte le varie categorie, avendo punti intimi di contatto e di accordo.

Come abbiamo già annunziato, del Congresso idrologico è presidente onorario l'on. prof. Belloni, podestà di Milano. Presidente del Comitato organizzatore è il prof. Prassitele Piccinini. La segreteria ha sede in via S. Paolo 10, Milano (103).

A richiesta s'inviano tessere di omaggio che danno diritto a riduzioni ferroviarie e che sono personali. Della tessera possono fruire anche persone designate in precedenza dai colleghi, qualora questi non potessero intervenire personalmente.

Congresso italiano di ortopedia.

Il Congresso annuale della Società italiana di Ortopedia si terrà a Bologna, nell'Istituto Rizzoli, durante i giorni 16 e 17 ottobre; sotto la Presidenza del prof. M. Donati. Tema di relazione è la « cura dei tumori delle ossa »; relatori proff. V. Putti e M. Camurati (conrelatore il prof. Possati, per la parte radioterapica).

Congresso internazionale d'igiene e cinquantenario della Società di Medicina Pubblica.

Si adunerà a Parigi nell'Istituto Pasteur, dal 25 al 28 ottobre, sotto l'alto patronato di Gaston Doumergue, Presidente della Repubblica. Ne saranno presidenti onorari il dott. Roux, direttore dell'Istituto Pasteur, e il prof. Roger, decano della Facoltà di Medicina; presidente effettivo il prof. Léon Bernard, professore d'Igiene e di Medicina Preventiva alla Facoltà di Medicina di Parigi, Membro dell'Accademia di Medicina e del Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni.

I temi seguenti sono all'ordine del giorno: « Rapporti tra le assicurazioni sociali e la salute pubblica », relatori: Kuhn (Copenaghen), Holtzmann (Strasburgo), Briau (Parigi); « Fattori di recrudescenza del vaiuolo nel mondo e mezzi di combatterli », relatori: proff. Jorge (Lisbona), Jitta (L'Aja) e Camus (Parigi); « La profilassi nell'Esercito », relazione del dott. Sacquepée, Medico Ispettore, professore alla Scuola d'Applicazione del Val-de-Grâce.

Conferenze saranno tenute dai proff. Madsen, Presidente del Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni (Organizzazione Internazionale d'Igiene), Nuttall, dell'Università di Cambridge (Parassitologia e Igiene), Ottolenghi, d'Igiene all'Università di Bologna (Qualche aspetto della questione delle vitamine dal punto di vista dell'Igiene).

Visite concernenti l'igiene saranno organizzate e films scientifiche saranno proiettate.

Un'Esposizione d'Igiene strettamente tecnica avrà luogo all'Istituto Pasteur.

Il Presidente della Repubblica farà l'onore ai Congressisti ed alle loro famiglie di riceverli nei Saloni dell'Eliseo. Due altri ricevimenti avranno luogo l'uno alla Facoltà di Medicina, l'altro all'Istituto Pasteur.

Un banchetto per sottoscrizione chiuderà il Congresso.

Saranno soltanto ammesse le comunicazioni che avranno per scopo i soggetti delle relazioni, ed il di cui titolo sia pervenuto avanti il 1° settembre 1927. Esse non dovranno aver più di sei pagine (pagine di 39 linee, linee di 52 lettere), e la loro esposizione non potrà durare più di 10 minuti.

L'inscrizione al Congresso è gratuita per i

Membri della Società di Medicina Pubblica. Essa costerà agli altri Congressisti una somma variante fra 40 franchi (Congressi francesi) a 60 franchi (Congressi esteri, per spese di posta).

Le inscrizioni sono ricevute: per il Congresso, dal dott. Dujarric de la Rivière, Capo di laboratorio dell'Istituto Pasteur, 26, rue Dutot, Paris (XV[e]); per l'Esposizione, dal « Comité français des Expositions », 42, rue du Louvre, Paris.

Giornate Mediche d'Egitto.

Sono organizzate dalla « Revue des Maladies des Pays Chauds » di Parigi; si svolgeranno dal 15 al 24 dicembre, nell'Università egizia del Cairo. Il Comitato d'onore comprende il prof. A. Castellani; del Comitato scientifico fanno parte i proff. A. ed E. Perroncito e il prof. G. Sanarelli. I titoli e i sunti delle comunicazioni e i sunti delle conferenze dovranno pervenire non oltre il 1° ottobre al segretario generale, Dr. Zeitoun. Lingue ufficiali saranno il francese e l'inglese. Al Congresso sarà unita un'Esposizione Internazionale delle arti e delle scienze applicate alla medicina, alla chirurgia, alla farmacia ed all'igiene sanitaria.

Su presentazione della tessera di congressista aderente o associato, saranno accordate riduzioni di viaggio.

L'iscrizione importa 125 franchi francesi per gli aderenti (medici, farmacisti, dentisti o veterinari) e 100 franchi per gli associati (persone di famiglia).

Per qualsiasi informazione e per le adesioni rivolgersi ai segretari: Dr. Zeitoun, rue Gay-Lussac 32, Paris (V[e]) ovvero route du Palais III, Rond-Point, Alessandria (Egitto); Dr. J. Khouri, rue de France 4, Alessandria (Egitto).

Prossimi congressi medici.

A complemento di notizie già pubblicate sui congressi medici indetti prossimamente, riportiamo le seguenti altre notizie:

Dal 20 al 29 settembre si adunerà ad Amsterdam la 3[a] Sessione dell'Istituto Internazionale di Antropologia. Informazioni dal segretario Dr. J. Brugmans, Frans van Mierisstraat 134, Amsterdam.

Il 4 ottobre si terrà a Parigi il 27° Congresso dell'Associazione francese di chirurgia; per informazioni rivolgersi al segretario gen. Dr. Pasteau, Avenue de Villars 13, Paris (VII[e]).

Dal 17 al 20 ottobre si terrà a Parigi un Congresso francese di oto-rino-laringologia; segretario gen.: M. G. Liébault, boulevard Saint-Germain, Paris (VII[e]).

Il 22 e il 23 ottobre a Parma si riunirà la Società Italiana d'oto-rino-laringologia; per informazioni rivolgersi al prof. Lasagna, Parma.

Nella seconda quindicina di ottobre (data indeterminata) si terranno le prime « Giornate Mediche di Madrid ». Segret. gen.: Dr. Coca, Lagasca 38 (apartado 290), Madrid.

Dal 3 all'8 aprile 1928, a Casablanca, sono indette le seconde Giornate marocchine mediche e veterinarie; segret. gen.: Dr. Lépinay, Casablanca (Marocco).

Dal 21 al 25 aprile, avrà luogo l'8[a] sessione delle Giornate mediche di Bruxelles; segret. gen.: Dr. Beckers, rue de Froissart, Bruxelles (quota 75 fr. belgi).

Dal 23 al 27 luglio, a Stoccolma, 2° Congresso internaz. di Radiografia; per informaz. e iscrizioni: Dr. Ascel Renande, Sophiahemmet, Stockholm (Svezia).

Calendario dei Congressi medici.

Settembre 1927:

10-11, Venezia, ital. di talassoterapia; v. fascicolo 34.

13-14, Vienna, tedesco di psichiatria; v. fasc. 31.

15-17, Vienna, tedesco di neurologia; v. fascicolo 11.

17-19, Vienna, internazionale di psicologia; v. fasc. 32.

17-19, Siena, dei medici condotti; v. fasc. 36.

17-20, Milano, italiano di stomatologia; v. fascicolo 31.

20-29, Amsterdam, internaz. di antropologia; v. fasc. 36.

24-26, Vercelli, ital. d'infortunistica agricola; v. fasc. 31.

24-30, Roma, internaz. di navigazione aerea, con Sezione Medica; v. fasc. 34.

27-29, Vienna, internaz. di psicologia; v. fascicolo 32.

22-26, Trento, italiano di freniatria; v. fasc. 32.

26-29, Berlino, internaz. della stampa tecnica, v. fasc. 33.

28 sett.-1 ott., Napoli, italiano di pediatria; v. fasc. 21, 24 e 30.

29 sett.-1 ott., Losanna, francese di pediatria; v. fasc. 36.

29 sett.-1 ott., Lione, francese di ginecologia; v. fasc. 33.

Ottobre 1927:

3-6, Milano, italiano d'idrol., climatol. e terapia fis. e Convegno della stampa medica; v. fascicoli 32 e 36.

2-8, Parigi, francese di chirurgia; v. fasc. 27.

4, Parigi, francese di urologia; v. fasc. 36.

4-7, Vienna, tedesco delle malattie digerenti e del ricambio; v. fasc. 32.

5-9, Lione, internazionale d'idrol., climatol. e geologia medica; v. fasc. 23.

10-16, Cordoba, panamericano di tisiologia; v. fasc. 26, 33 e 35.

11-16, Parigi, francese di medicina interna; v. fasc. 36.

12-16, Roma-Montecatini-Salsomaggiore, internazionale d'idrologia medica; v. fasc. 27.

16-17, Bologna, ital. di ortopedia, v. fasc. 36.

16-17, Milano, italiano sul cancro; v. fascicoli 25 e 27.

17-20, Parigi, francese di oto-rino-laringologia; v. fasc. 36.

18-21, Parma, italiani di medicina interna e di chirurgia; v. fasc. 32-36.

21-22, Parma, italiano di urologia; v. fasc. 34.

22-24, Parma, italiano di oto-rino-laringologia; v. fasc. 36.

23-26, Milano, italiano di tisiologia; v. fasc. 36.

24-26, Parma-Modena-Carpi, italiano di medicina del lavoro; v. fasc. 27.

24-30, Parigi, francese di stomatologia; v. fascicolo 30.

25-28, Parigi, internaz. d'igiene; v. fasc. 36.

28-29, Milano, della Federaz. antitubercolare.

Seconda quindicina: Madrid, Giornate Mediche; v. fasc. 36.

Novembre 1927:

11-18, Berlino, internazionale di genetica; v. fasc. 2.

Dicembre 1927:

2-22, Calcutta, di medicina tropicale dell'Estremo Oriente; v. fasc. 21.

15-24, Cairo, Giornate Mediche d'Egitto; v. fascicolo 36.

Aprile 1928:

3-8, Casablanca, Giornate marocchine mediche e veterinarie; v. fasc. 36.

21-25, Bruxelles, Giornate mediche; v. fasc. 36.

Luglio 1928:

15-16, S. Pellegrino, italiano sull'uricemia; v. fasc. 27.

23-27, Stoccolma, internazionale di radiologia; v. fasc. 36.

Data indeterminata (1928), Rio de Janeiro, Giornate mediche; v. fasc. 35.

Istituto radiologico della Università di Milano.

Col prossimo anno, l'Istituto di radiologia della R. Università di Milano, diretto dal prof. Felice Perussia, avrà sede nel grandioso Istituto Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro. Il nuovo istituto sarà dotato di impianti modernissimi per roentgendiagnostica, roentgenterapia e curieterapia e si varrà della collaborazione delle sezioni chirurgica, ginecologica, anatomo-patologica e di patologia sperimentale, pure annesse all'istituto, sia a fini di ricerca quanto a fini didattici.

Scuola Convitto per signorine infermiere a Venezia.

È aperta l'iscrizione alla Scuola Convitto « Nani » presso l'Ospedale Civile di Venezia per l'anno scolastico 1927-28. La durata del corso è di un biennio. Oltre il diploma professionale di Infermiera, le allieve potranno conseguire, con un ulteriore corso annuale, anche il diploma di Assistente Sanitaria. Le iscrizioni si ricevono sino alle ore 17 del 31 ottobre. Età 18-30 anni; per le aspiranti minorenni l'istanza dev'essere controfirmata dal padre o dall'esercente la patria podestà. Richiedesi la licenza tecnica o complementare o titoli equipollenti.

Infortuni di sanitari

Il dott. Ercoli Natale di Genova risaliva su di un'autovettura lo stradone di Valle di Nora; in vicinanza del passo della Mendola, per la rottura dello sterzo, la macchina andava a cozzare contro due paracarri, abbattendoli e rovesciandosi lungo la scarpata; il dott. Ercoli, travolto, riportò gravi ferite per cui trasportato nell'Ospedale di Clesmoriva dopo lunga agonia; lo chauffeur, lanciato a qualche distanza, rimase illeso.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIV Roma, 12 Settembre 1927 Fasc. 37

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA DELLE MALATTIE NERVOSE E MENTALI
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO
diretta dal prof. R. COLELLA.

Studio clinico e sperimentale sull'idrocefalo

per il dott. PIETRO CARAMAZZA, interno.

NOTA PREVENTIVA.

Sotto la guida del prof. R. Colella, l'A. ha istituito una serie di ricerche cliniche esperimentali sull'idrocefalo, essenzialmente rivolte a due aspetti di questo argomento, non ancora del tutto chiarito, e cioè la patogenesi dell'affezione e la sua terapia chirurgica.

Dell'ingente numero di malati, di cui dispone la Clinica delle malattie nervose e mentali di Palermo con l'annesso Ambulatorio gratuito, egli si è valso per la scelta degli opportuni casi, in numero di undici, in base ai quali ha fatto un'accurata disamina delle varie condizioni etio-patogenetiche della malattia: eredosifilide, alcoolismo degli ascendenti, meningiti acute pregresse, ecc. L'assenza di ogni notevole aumento della pressione del *liquor*, saggiata con la puntura lombare, in diversi casi esaminati, va a sostegno dell'ipotesi che le forme più frequenti e più vistose dell'idrocefalo cronico appartengono generalmente a tipo così detto « bloccato ».

Le ricerche sperimentali vennero rappresentate da tre serie di operazioni, praticate in cani di diversa età: 1) ostruzione del forame di Monro; 2) legatura del plesso corioideo; 3) zaffamento di un ventricolo laterale.

Dall'insieme dei fatti clinici e sperimentali osservati, l'A. è pervenuto alle seguenti conclusioni:

1) nel corso dell'idrocefalo nell'uomo, si riscontrano disordini diversi da parte del sistema nervoso, che si manifestano con fenomeni psichici, motori, sensitivi, trofici;

2) dal punto di vista etiologico l'idrocefalo è, nella maggior parte dei casi, una malattia congenita, in dipendenza specialmente dell'alcoolismo e soprattutto della sifilide dei genitori. Esso può verificarsi anche nella fanciullezza, nella giovinezza e persino nell'età matura;

3) dal punto di vista patogenetico le nostre ricerche di patologia sperimentale ci inducono a ritenere che la occlusione del forame di Monro deve avere una notevole importanza nella genesi dell'idrocefalo; poichè negli animali la occlusione sperimentale di questo forame ha determi-

nato una dilatazione evidentissima del ventricolo occluso;

4) dalle ricerche sperimentali da noi praticate emerge che lo zaffamento di uno dei ventricoli laterali determina una dilatazione del ventricolo omologo, dovuta probabilmente o a una dilatazione compensatrice ovvero a dilatazione secondaria alla compressione occlusiva del forame di Monro corrispondente, determinata dallo zaffamento;

5) per ciò che concerne la cura chirurgica dell'idrocefalo, non possiamo apportare per ora, con le nostre indagini, un contributo di sicura conoscenza a questo argomento, a causa del breve tempo di sopravvivenza degli animali alla gravissima operazione praticata.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO ORTOPEDICO DI REGGIO EMILIA.
Direttore: Prof. LUIGI GAZZOTTI.

Un caso di frattura del collo del radio.

Dott. GINO IOTTI, assistente.

In questo Istituto Ortopedico è occorsa una frattura del collo del radio. Data la scarsa frequenza di tale tipo di lesione, credo valga la pena farla oggetto di breve nota.

E. A., anni 12, da Reggio Emilia.

Nulla di notevole nel gentilizio e nella anamnesi remota.

Entra in Istituto il 23 settembre 1925. Otto giorni prima è caduto dalle scale. Il piccolo paziente che si dimostra sveglio e bene ricorda, così riferisce le modalità del trauma:

« Mentre scendevo in fretta dalle scale, sono all'improvviso scivolato per parecchi gradini, e mi sono appoggiato sul pavimento con il palmo della mano sinistra e con l'avambraccio tutto piegato (flesso). Ho avvertito molto dolore al gomito che è rimasto impedito nei movimenti ».

Esame obbiettivo. Soggetto di robusta costituzione. Sviluppo osseo normale. Non traccie di pregressa rachitide. Gomito sinistro in flessione di 130°, modicamente tumefatto. Ecchimosi all'interno dei supinatori. Alla palpazione dolorabilità ben circoscritta al disotto del capitello del radio. Mobilità flesso estensoria quasi completa. La pronazione è in parte abolita; la supinazione lo è completamente. La mano sta in pronazione iniziale.

Non esistono alterazioni della funzione nervosa dell'arto.

Nulla a carico dell'esame generale e del rimanente esame speciale.

La diagnosi di frattura del collo del radio viene confermata dal reperto radiologico, il quale dimostra inoltre che alla frattura è seguito un notevole spostamento del moncone epifisario, che si è portato infuori ed indietro, inclinandosi in modo da rivolgere la superficie articolare secondo le direzioni sopradette.

Tenuto conto della brevità del segmento osseo fratturato e della sua sede intraarticolare, unite al fatto che il trauma datava da otto giorni, si è creduto inutile ogni tentativo di riduzione incruenta, procedendo senz'altro all'atto operativo.

Intervento (24 settembre 1925). Operatore prof. Luigi Gazzotti.

Etere narcosi regolare: fascia ischemica: Grössich. Incisione obliqua dall'epicondilo al 3° superiore dell'ulna, sul lato posteriore del gomito sinistro.

Per scollamento fra l'anconeo ed il gruppo epicondiloideo si giunge sulla capsula articolare che è distesa da liquido siero ematico. Incisa questa, ed asportati alcuni coaguli fibrinosi, si nota che il capitello del radio è posto all'esterno e di dietro al moncone distale, per frattura del collo trasversa, a superficie un poco obliqua. Esiste già fra i due monconi di frattura una massa cruoro-fibrinosa, in parte in via di organizzazione. La plasticità del callo permette mediante forte pressione a leva di riporre il capitello in sede normale, dove resta senza tendenza a facili spostamenti.

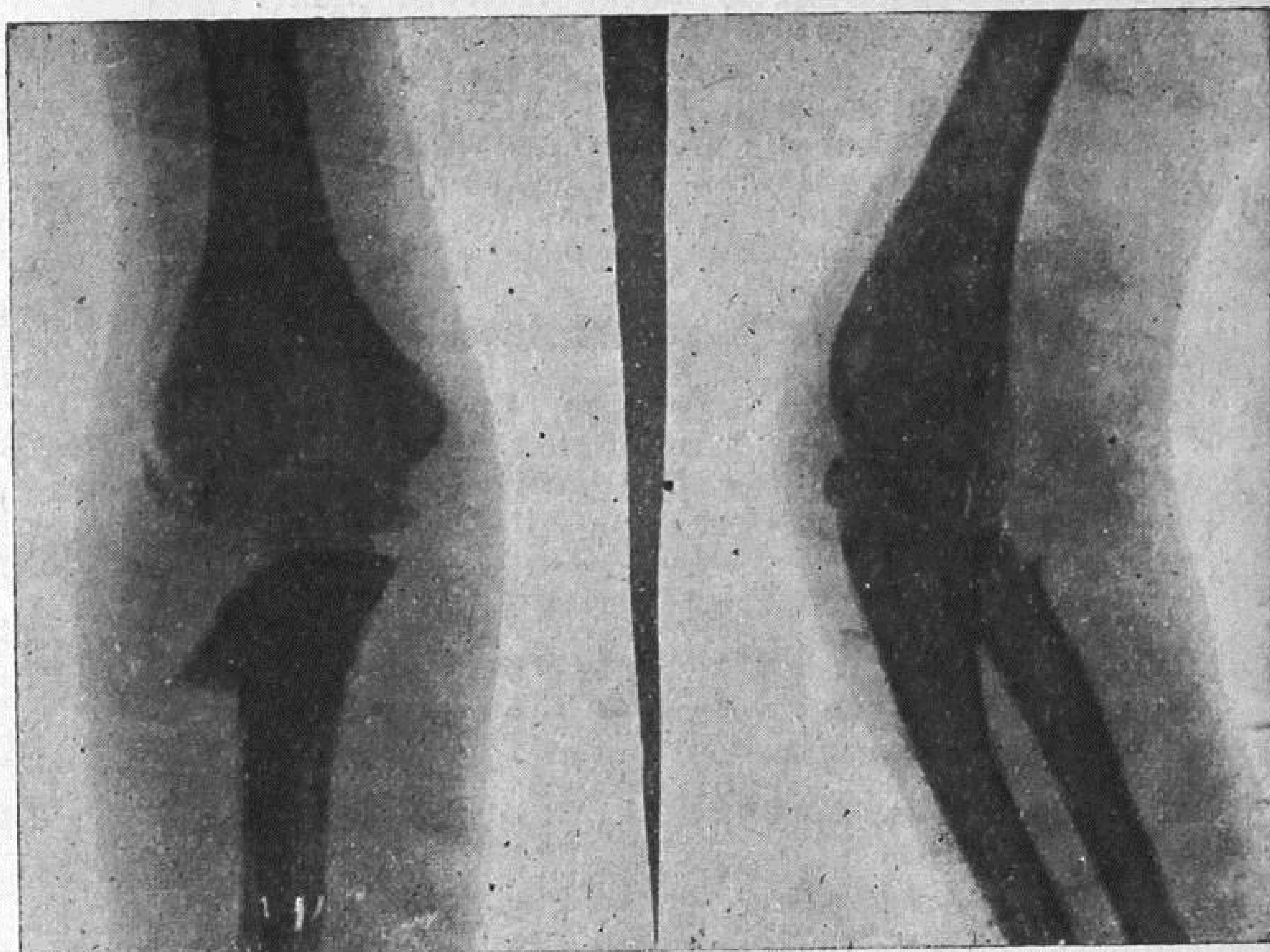


Fig. 1.

Si sutura il legamento anulare, lacerato nel trauma e la capsula articolare.

Emostasi; sutura in catgout; medicatura sterile.

Apparecchio gessato sino alla mano, fissante l'avambraccio in supinazione e modica flessione sul braccio.

(2/10/'25) Si toglie il primo apparecchio.

Guarigione per prima della incisione cutanea. Nuovo apparecchio gessato ad avambraccio flesso ad angolo retto, e mano supinata.

Con questo apparecchio l'ammalato viene dimesso temporaneamente per una settimana.

(9/10/'25) Si ripresenta. Tolto l'apparecchio gessato si iniziano le cure fisiche: bagni locali, massaggio una volta al giorno, graduali movimenti. Questo trattamento è proseguito a domicilio per altri 15 giorni, in capo ai quali il ritorno della funzione articolare del gomito è completo.

(2/7/'26) Dietro richiesta, ritorna in Istituto.

Tutti i movimenti sono possibili ed indolori.

Il reperto radiologico dimostra che il capitello del radio ha mantenuto la posizione datagli con l'atto operativo.

La sede insolita della frattura, il meccanismo di produzione, l'esito buono del trattamento cruento, rendono meritevole di esame questa storia clinica.

Come è noto le fratture delle ossa componenti l'articolazione del gomito, avvengono generalmente in bambini ed in adulti giovani per ragioni anatomiche e funzionali, e la loro buona terapia è di alta importanza agli effetti individuali e sociali. Più frequenti a carico del condilo esterno, vanno facendosi più rare sul condilo interno, sull'olecrano, sul processo coronoideo dell'ulna e sul capitello del radio fino a rendersi



Fig. 2.

rare sul collo di quest'osso. Secondo Ombrédanne (1) prediligono i bambini dagli otto ai dodici anni.

Afferma il Bergmann (2) che mancano osservazioni e ricerche dirette sul meccanismo del trauma. Egli ritiene causa verisimile la pronazione forzata la quale, almeno come modalità esteriore, trova riscontro alla chiara esposizione dell'infortunio fatta dal nostro paziente, caduto col tronco sull'avambraccio flesso e fortemente pronato, mentre la mano appoggiava col palmo al suolo. Per quale momento la pronazione forzata si ripercuota sul collo del radio, il Bergmann non lo dice.

Onde rendermi conto del suo asserto, e supponendo che la frattura dovesse verificarsi per una causa compressiva del radio secondo la sua lunghezza, ho cercato sul cadavere la prova dell'ipotesi.

Preparai dunque l'articolazione del gomito, ed eseguii movimenti di pronazione e flessione combinati, graduali e violenti. In tali evenienze non si nota l'insorgere di alcun fattore anormale di compressione ad ostacolare il perfetto scorrere della cupola radiale sul condilo esterno dell'omero, e capace di produrre l'inflessione e, quindi, la frattura del collo. Come in genere, nelle fratture intraarticolari l'intimo meccanismo di frattura rimane oscuro, non essendo del resto possibile sottoporre a controllo due fattori di importanza decisiva: la contrazione dei muscoli, la resistenza dei legamenti e l'intensità del trauma.

Riferendoci poi all'altro asserto di Bergmann che cioè questa frattura « si produce associata « alla lussazione dell'ulna all'indietro ed alla « frattura del processo coronoide », è degno di nota il fatto che nel nostro caso la frattura del collo si presentava isolata.

*
* *

La difficoltà prosupinatoria, la sede del dolore e la mancanza della sensazione in sede normale data dalla testa del radio, facilmente conducono ad una diagnosi precisa; specie nel caso in parola dove a carico dell'articolazione del gomito non esisteva alcuna altra complicanza. D'altra parte l'esame radiologico torna utile per mettere in evidenza tutte quelle fini particolarità della lesione che le indagini cliniche ordinarie non permettono di precisare.

*
* *

Concludendo dall'esame dei dati clinici ed anatomo-patologici in genere, e nel caso in ispecie, risulta evidente che l'unica terapia la quale possa condurre a buon risultato è la cruenta: tanto più oggi in cui la grande probabilità della guarigione per prima permette di essere tranquilli riguardo alle eventuali complicanze postoperatorie.

A complemento della cura è bene anche tener presente come la precoce cinematizzazione attiva e passiva, purchè controllata in modo rigoroso, associata a cure fisiche appropriate, conduca rapidamente al ripristino funzionale.

LETTERATURA.

(1) OMBRÉDANNE. *Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile.* Paris, 1923.

(2) BERGMANN. *Trattato di chirurgia pratica.* Vol. V, Milano.

NOTE E CONTRIBUTI.

Influenza e tubercolosi. Rapporti.

Dott. RICCARDO GAETA (Poggio Berni) (Forlì).

Verso la fine del maggio e nel giugno di questo anno, in molti bambini, risparmiati dall'infezione grippale della primavera precedente, si sono manifestate *d'emblée* e sempre in forma epidemica, flogosi polmonari, del tipo lobare, che hanno sempre prediletto gli apici, o il destro o il sinistro o entrambi consecutivamente, tanto da rendere la diagnosi, sul principio, oltremodo difficile, se non si prestava, di proposito, la massima attenzione verso la sede presupposta colpita.

L'espettorato di questi bambini, quando si è potuto raccogliere, presentava quasi costantemente e in forte prevalenza, bacilli corti e minuti, con estremi arrotondati, da ritenersi, dato anche il criterio epidemiologico, come veri b. di Pfeiffer, associati a numerosi micrococchi, a forma di « fiamma di candela » disposti a gruppi di due o più individui e muniti di capsula: e cioè diplococchi di Fränckel.

Altri germi, specialmente cocchi piogeni, completavano il quadro microscopico.

Senza dubbio, trattavasi di polmoniti lobari, causate prevalentemente dal diplococco e dal b. di Pfeiffer associati.

Che il b. dell'influenza o per lo meno che il bacillo fino ad ora ritenuto agente specifico di tale malattia, possa dare polmoniti fibrinose, è ammesso da molti autori: tuttavia il più delle volte, in tali forme morbose, esso trovasi associato al diplococco, al b. di Friedläuder, a cocchi piogeni. Trattasi di quei casi di polmonite, in cui la crisi si protrae oltre la comune norma, in cui anzi la crisi viene sostituita dalla lisi, verso la 15ª giornata di malattia.

Ma di questo non intendo occuparmi: scopo della presente nota sono le considerazioni che seguono.

In un mio breve articolo, pubblicato sul *Policlinico* (Sez. prat., n. 22, 1926), io riferivo come il bacillo dell'influenza possa dare « bronchiti apicali », tali da simulare perfettamente, assieme alla concomitante sintomatologia (febbre serale, tosse stizzosa, anoressia, astenia, dimagramento), delle bronchiti specifiche.

Il bacillo dell'influenza cioè, una volta penetrato nell'albero respiratorio, mostra uno spiccato *tropismo verso l'apice polmonare*, come appunto il b. di Koch.

Giunto all'apice (e qui sta tutta la importanza del problema), potrà forse preparare il terreno per altre malattie e cioè per l'attecchimento del diplococco e cocchi piogeni e per l'attecchimento, in un tempo più o meno lontano, dello stesso b. di Koch. Così si è verificato nei miei casi.

In un primo tempo, e cioè nella primavera, molti bambini hanno presentato le solite banali manifestazioni dell'influenza, con catarro bronchiale diffuso, in un secondo tempo, e cioè nel maggio e giugno, si sono determinate delle *polmoniti fibrinose apicali, a decorso epidemico*.

Con tutto questo ancora non si è insistito sulla *spiccata predilezione che il b. di Pfeiffer, alla pari del b. di Koch, ha per gli apici polmonari*, tanto da permettere la diagnosi retrospettiva di influenza in forme di bronchiti prevalentemente apicali.

Nessun altro germe mostra tale predilezione per gli apici polmonari, all'infuori dei due citati.

Sarebbe perciò interessante eseguire un accurato studio biologico del b. di Pfeiffer e ricercarne le eventuali tendenze atte a favorire l'invasione secondaria del b. di Koch o a unirsi con questo in simbiosi. Tendenze fino ad ora dimostrabili per lo stesso *tropismo apicale* che i due germi presentano, per la facile insorgenza, nei tipi predisposti, di una tubercolosi polmonare dopo un attacco influenzale, per il decorso più che mai aggressivo e prolungato che l'influenza assume nei soggetti affetti da focolai tubercolari latenti o comunque predisposti alla tubercolosi, nei quali soggetti anche le reazioni tubercoliniche nel frattempo si spengono e viceversa per il decorso rapidamente mortale che può assumere una tubercolosi polmonare conclamata, in persone colpite da una intercorrente infezione grippale.

Questi rilievi, quantunque di ordine puramente clinico, ci autorizzano da soli a considerare l'*influenza una malattia tubercoligena per eccellenza*, specie nei bambini, alla pari del morbillo, col quale del resto ha, secondo Francioni, molti altri punti di contatto, e della pertosse.

NOTE POLEMICHE.

Sul significato biologico dello zucchero combinato

Il dott. C. Toscano ha pubblicato al riguardo una nota (*Policlinico*, Sez. Med., 1° lug. 1927) Ho compulsato i dati sperimentali da lui recati alla migliore conoscenza del problema, e ho letto la discussione che ad essi segue.

Osserviamo quali sono i fatti nuovi portati dal Toscano; vedremo poi se essi autorizzino a delle conclusioni differenti da quelle, cui io sono pervenuto, dopo aver accumulata ingentissima mole di dati sperimentali.

1) Il Toscano tiene a far rilevare che durante l'iperglicemia adrenalinica vi è diminuzione dello zucchero combinato.

Questo dato di fatto, da me messo in evidenza (1), è stato anche lumeggiato nella sua essenza.

La diminuzione dello zucchero *combinato in primo tempo*, è una reazione a qualsiasi causa iperglicemizzante (adrenalina, introduzione enterale e parenterale di glucosio, puntura del pavimento del 4° ventricolo, iperglicemia da freddo, irritazione delle terminazioni splancniche (2), azione dei narcotici, ecc. ecc.).

Il Toscano non vorrà immaginare che se lo zucchero combinato diminuisce nel sangue in seguito ad iniezione endovenosa di glucosio, ciò avvenga perchè l'organismo senta il bisogno di scindere lo zucchero combinato per trasformarlo in libero! In scienza però non bisogna fare ipotesi, ma dare prove.

Io ho dato prove.

a) Ho dimostrato che *in vitro* lo zucchero combinato può essere fissato dai tessuti.

b) Ho dimostrato con i miei lunghi e pazienti studi su la glicolisi (3), che lo zucchero libero si trasforma in zucchero combinato, e non viceversa.

Tutto ciò risulta con maggior rilievo dalla breve amichevole polemica avuta con Bufano (4).

In quanto alle argomentazioni del dott. Toscano, che cadono contro i dati di fatto oramai assodati, si deve soltanto far notare che il sangue non è contenuto in un recipiente chiuso. E' quindi biologicamente *assurdo* immaginare di trovare delle variazioni quantitative in un liquido, che come il sangue è continuamente soggetto a scambi che si verificano tra esso e i tessuti.

Concludendo, gli esperimenti fatti dal dott. Toscano sull'influenza dell'adrenalina sulla glicemia, sono una completa conferma alle mie ricerche.

2) Il Toscano, senza nessuna ragione plausibile, si serve per le sue argomentazioni del dato di fatto che durante il diabete sperimentale lo zucchero combinato aumenta; senza curarsi che io ho sostenuto il contrario. Anzi egli dimostra di dar più peso a quanto asseriscono Nitzescu e Popescu-Inotesti. Ciò non credo sia nella praxi della discussione scientifica; tanto più che i dati di Nitzescu e Popescu-Inotesti sono isolati, mentre i miei sono oramai confermati da numerosi AA. (Caltabiano (5), Liotta (6), Brugi (7), Carrà (8).

Il Toscano, anche quando avesse avuto una certa diffidenza per i miei dati sperimentali, avrebbe dovuto sincerarsi con degli esperimenti della veridicità di essi, prima di scartarli.

Circa questa nota discordante sui valori dello zucchero combinato, non mi stanco di dire su tutti i toni, che l'idrolisi non può condursi in modo arbitrario. Se io ho fissato certe norme, è perchè i miei preliminari studi mi hanno dimostrato che in quelle determinate condizioni si ha l'*optimum* della idrolisi dello zucchero combinato, senza che la molecola proteica sia sensibilmente intaccata.

Sarebbe per lo meno opportuno, prima di adottare un qualsiasi metodo d'idrolisi, controllare con preliminari prove, se esso corrisponde ai requisiti da me nettamente fissati nel mio primo lavoro (9).

3) Circa i dati dal Toscano ottenuti sperimentando con l'insulina, mi pare che essi non siano tali da consentire la formulazione di nuove interpretazioni. Non so quali fatti nuovi il Toscano abbia opposti ai miei, che dimostrano con l'analisi chimica, il passaggio dello zucchero combinato dal sangue ai tessuti sotto l'influenza dell'insulina.

Se il Toscano tenesse presente che il tasso dello zucchero libero del sangue è in dipendenza di due fenomeni che agiscono in senso opposto (da una parte il versarsi in circolo di glucosio dal fegato, dall'altra fissazione nei tessuti dello zucchero combinato formatosi a spese del libero), i suoi dati gli riuscirebbero abbastanza intelligibili.

---

(1) Policlinico, Sez. med., 1924; Giornale di Clinica medica, 1924; Annali di Clinica terapeutica, 1924; Ibid., 1925; Presse médicale, in corso di stampa.

(2) CONTI. Minerva medica, 1927.

(3) Policlinico, Sez. med., 1924; Boll. della R. Acc. Med.-Chir. di Roma, 1924; Annali di Clinica terapeutica, 1924 e 1925.

(4) BUFANO. Arch. di Farm. Sper. e Scienze affini, 1926; ID. Ann. di Clin. Terap., 1926; CONDORELLI. Annali di Clinica Terap., 1926.

(5) Policlinico, Sez. med., 1925.

(6) Atti della R. Acc. Med.-Chir. di Napoli, 1925.

(7) BRUGI. Minerva Medica, 1925.

(8) CARRA'. Il Morgagni, 1925.

(9) Vedi anche BUFANO. Archivio di Farm. sper. e Scienze affini, 1926.

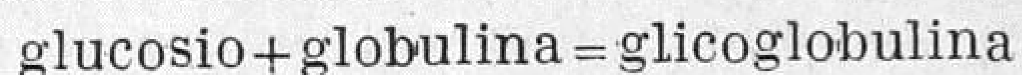
a) Lo zucchero libero diminuisce perchè la rapidità con cui esso è trasformato e fissato dai tessuti è maggiore di quello con cui si versa nel sangue dai depositi di glicogene.

b) Nel sangue c'è sempre *un aumento relativo dello zucchero combinato, dinotante la più rapida formazione di esso.* L'aumento assoluto *può mancare*, data la rapidità con cui i tessuti fissano lo zucchero combinato.

Naturalmente, come sempre in biologia, vi sono delle variazioni individuali nella reazione dell'organismo agli ormoni.

Prima di chiudere questa amichevole conversazione con il dott. Toscano, gli vorrei far rilevare che egli non è completamente a conoscenza dei miei lavori.

Da essi si rileva che io spiego la diminuzione dello zucchero combinato durante l'iperglicemia adrenalinica (e durante la iperglicemia da freddo, da puntura del 4° ventricolo, da narcotici, ecc.) ammettendo che, alla rapida immissione in circolo di glucosio, l'organismo reagisca, fissando rapidamente lo zucchero combinato del sangue in modo che la reazione:


glucosio + globulina = glicoglobulina

si possa verificare più facilmente, per diminuzione di pressione nel secondo termine dell'equazione. La mia non è solo una ipotesi, perchè tutti i *fatti* sono dimostrati (trasformazione di zucchero libero in combinato, fissazione di questo nei tessuti).

La supposizione del Toscano è contraddetta dai dati di fatto già assodati, e che il Toscano non ha tenuto presente: nel sangue non esistono le condizioni chimico-fisiche opportune, perchè la reazione


glucosio + globulina = glicoglobulina

si verifichi nel senso inverso.

LUIGI CONDORELLI.

* * *

Devo una breve risposta al prof. Condorelli.

Il Condorelli lamenta ch'io non abbia tenuto conto, nel mio lavoro sul significato biologico dello zucchero combinato, di tutti i dati da lui raccolti in favore della sua tesi ormai notissima. Il Condorelli ammetterà ch'io non potevo, in una nota preliminare, discutere, dopo avere controllato il complesso dei dati pazientemente da lui raccolti durante tre anni, tutti i lati di un problema tanto complesso. La mia nota ha voluto portare un primo personale contributo, con il quale non penso di avere esaurito l'argomento. Non nuove basi di discussione ho voluto portare ma soltanto mettere in evidenza fatti discordanti che, mentre autorizzano dei dubbi, sulla consistenza della teorica enunciata dal Condorelli, giustificano, a mio modo di vedere, una diversa concezione delle funzioni biologiche dello zucchero combinato. Se l'amico Condorelli vorrà avere un po' di pazienza, discuteremo presto con larghezza maggiore di quella consentita da una breve nota polemica, tutti i lati della interessante quistione. E se, a conclusione della nostra discussione, potremo essere d'accordo, io per primo ne sarò lietissimo.

Ciò premesso, accetto volentieri, entro i limiti della mia nota, una breve conversazione con l'amico Condorelli.

Il Condorelli, alla mia interpretazione della diminuzione dello zucchero combinato sotto l'influenza dell'adrenalina, contrappone la sua. Egli afferma che la sua non è soltanto una ipotesi, perchè tutti i fatti sono dimostrati (trasformazione dello zucchero libero in zucchero combinato, fissazione di questo nei tessuti). Mi permetto di non condividere il suo modo di pensare. L'aver dimostrato che sussistono le condizioni necessarie perchè un dato fenomeno si verifichi (ammetto per ora che tutti i fatti siano stati veramente dimostrati) non significa aver dimostrato che il fenomeno di fatto si verifica. Il Condorelli accennando a « dati di fatto ormai assodati » dimentica che io non ho discusso sulla consistenza o meno dei fatti, ma sulla loro interpretazione. Ma il Condorelli ha un po' il torto di considerare verità rivelate, quindi al di sopra di ogni discussione, quelle che, allo stato attuale delle cose, si possono solo ritenere sue personali convinzioni non da tutti condivise. È, per esempio, una sua personale convinzione quella che attribuisce alla diminuzione dello zucchero combinato in seguito ad introduzione di glucosio, lo stesso significato della diminuzione che segue alla iniezione di adrenalina. Richiamo, a questo proposito, l'attenzione del Condorelli sui seguenti due dati di fatto:

1) Risulta dalle mie tavole che la diminuzione dello zucchero combinato dopo iniezione di adrenalina è già in atto quando l'aumento dello zucchero libero non è ancora di tale entità da giustificare l'intervento di speciali meccanismi che ne facilitino il passaggio nei tessuti.

2) Risulta dai protocolli del Condorelli come in un soggetto normale la ingestione di 20 gr. di glucosio abbia provocato, dopo 20', con una iperglicemia di appena 1,25 per mille, la totale scomparsa dello zucchero combinato. Ora, appare strano che, per facilitare il ritorno alla norma da un tasso iperglicemico tanto poco accentuato, si renda necessario il vuoto assoluto nel sangue di zucchero combinato.

Il Condorelli mi fa il torto di ritenere ch'io abbia considerato il sangue come contenuto in un recipiente chiuso. Se egli si fosse data la pena di leggere con attenzione il mio lavoro, si sarebbe certamente accorto che io, accettando la base di discussione da lui scelta (del Condorelli ho riportato persino le parole), ho discusso i risultati raggiunti, tenendo conto delle varie possibilità circa gli scambi che continuamente si verificano tra sangue e tessuti, e tenendo conto delle variazioni relative dello zucchero combinato, oltre che di quelle assolute.

Il Condorelli lamenta ch'io abbia, senza giustificato motivo, utilizzato per la mia dimostrazione un dato di fatto che è contraddetto dalle sue ricerche. Ora io non ho ragione alcuna per diffidare aprioristicamente dei dati sperimentali portati dal Condorelli, ma non ho ugualmente ragioni per diffidare di quelli di Nitzescu e Popescu-Inotesti. Fra due risultati contradittori, considerando che il Condorelli non ha ottenuto risultati decisivi in quanto su tre cani operati di asportazione totale del pancreas ha ottenuto in due iperglicemia e totale scomparsa dello zucchero combinato e nel terzo iperglicemia senza apprezzabile diminuzione dello zucchero combinato, ho accettato quello che meglio risponde al mio modo di concepire il corso dei fatti. Nè mi si può negare questo diritto per il fatto ch'io non ho personale esperienza in proposito, perchè se le nostre convinzioni avessero bisogno, per essere giudicate legittime, del crisma della personale esperienza, ho paura che l'amico Condorelli non mi permetterebbe nemmeno di credere che la terra gira intorno al sole, non disponendo io in proposito di personale esperienza.

Chiudo questa breve risposta chiedendo infine al Condorelli in base a quali dati di fatto egli affermi che nel sangue non sussistono le condizioni fisico-chimiche opportune perchè la reazione

glucosio + globulina = glicoglobulina

si verifichi in senso inverso.

C. TOSCANO.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

La ptosi viscerale.

(WALTON. *Lancet*, 2 luglio 1927).

Con i progressi della civiltà e della medicina alcune malattie tendono a scomparire, ma ve ne sono altre la cui frequenza è in continuo incremento. Esse sembrano dovute alle condizioni della vita civile, mentre d'altra parte sono più facilmente riconosciute grazie ai perfezionamenti dell'indagine diagnostica. Tra queste malattie è la visceroptosi.

Non è dubbio che la ptosi viscerale è una condizione essenzialmente ereditaria, ma è altresì vero che essa è aggravata o provocata da fattori secondari, da abitudini imposte dalla moderna civiltà.

Per ben comprendere il meccanismo di sviluppo di questa alterazione occorre esaminare i fatti concomitanti che sogliono riscontrarsi in individui affetti da ptosi viscerale e che possono così raggrupparsi: abnorme mobilità e dilatazione degli intestini, presenza di membrane accessorie, alterazioni della costituzione somatica e psichica.

La visceroptosi non è caratterizzata solamente da dilatazione ed abbassamento dello stomaco e del colon: anche il fegato, i reni, l'utero sono spostati. Il fegato più che abbassato è rotato in avanti sul lato destro; i reni, specie quello destro, sono abnormemente mobili e spesso abbassati, l'utero è sempre retroverso e spesso prolassato. L'abnorme mobilità dell'intestino grosso è in quasi tutti i casi accompagnata dalla presenza di mesentere in quelle aree che normalmente non sono posteriormente coperte da peritoneo.

Notevole interesse ha la dilatazione di porzioni del tratto intestinale. In tutti i casi di vera ptosi c'è dilatazione dello stomaco o dell'intestino nella sua totalità, a meno che non si aggiunga qualche fattore occlusivo e non ci sia ipertrofia della parete muscolare. Molti adulti di ambo i sessi i quali si sono assoggettati ad un eccessivo lavoro presentano atonia e dilatazione dello stomaco e di parte dell'intestino che provoca una ptosi acquisita, ma tali condizioni sono ordinariamente transitorie e reagiscono bene al trattamento, per modo che è dubbio che si tratti di vera ptosi. Wilkie ha richiamato l'attenzione su di una condizione caratterizzata da estrema dilatazione del duodeno e che egli chiama ileo duodenale e che è spesso associata a visceroptosi. È poco probabile che si tratti di una compres-

sione del duodeno determinata da stiramento del mesentere, ma che invece si tratti di una dilatazione atonica che è in rapporto all'atonia generale della ptosi. Talvolta in individui relativamente giovani si riscontra notevole dilatazione di parti dell'intestino grosso con stipsi e accessi di dolori colici: è difficile dire se si tratta di casi di ptosi grave o di morbo di Hirschprung di media gravità. Tuttavia è da notare che le porzioni dilatate non si presentano ipertrofiche.

La presenza di membrane accessorie è caratteristica della visceroptosi. Spesso si riscontra una membrana filamentosa che va dal duodeno alla cistifellea, la così detta plica cistico-duodenale. Briglie analoghe si trovano tra la prima parte del digiuno e la superficie inferiore del mesocolon, la fascia mesocolica. Un'altra ancora più densa e fibrosa è quella che parte dal bordo antimesenterico dell'ileo a circa 4-12 cm. dalla valvola ileo-cecale, e unisce la superficie inferiore del mesentere con la parete addominale posteriore, la ben nota fascia di Lane. Al lato destro della parete addominale attraverso il cieco ed il colon ascendente v'è la membrana di Iackson. Nei casi meno avanzati v'è solo una piccola fascia attraverso il cieco, la quale avvolge l'appendice atrofica, mentre nei casi gravi forma una larga cortina che raggiunge la cistifellea e l'incisione epatica. Nella parte media gira a destra sul colon ascendente, che può anche legare con il colon trasverso, nel qual caso è evidentemente una continuazione del grande omento, mentre in basso avvolge il cieco con una fascia spessa e voluminosa. Membrane simili partono dall'incisione splenica e raggiungono la porzione terminale del colon trasverso ed iniziale del colon discendente, così queste due porzioni dell'intestino diventano parallele e sono fissate alla milza: si tratta della membrana di Payr. Al lato esterno del colon pelvico c'è una spessa membrana bianca sovrapposta al mesocolon, la quale lo tira in basso nella fossa iliaca: essa è chiamata membrana di Toldt. Tutte queste membrane sono indubbiamente congenite e non hanno carattere infiammatorio. È poco verisimile che esse siano l'effetto della stasi intestinale, come ritiene Lane, o siano la conseguenza di un processo infiammatorio, come pensano Adami ed altri autori.

Nelle donne vergini con ben sviluppata ptosi viscerale si riscontrano caratteristiche alterazioni somatiche generali, che in genere si stabiliscono tra i 20 ed i 30 anni di età e sono per lo più ereditarie. Tali donne sono relativamente alte, magre, spesso deperite. La colonna vertebrale dorsale è piegata in avanti, e la curva lombare normale è scomparsa; le spalle sono esili e prominenti; il torace stretto nel senso antero-posteriore. Nella posizione eretta l'addome è spianato nella parte superiore e protuberante e flaccido in quella inferiore. La ristrettezza della parte inferiore del torace e superiore dell'addome dà alla donna un curioso aspetto, ed il bacino appare troppo ampio in confronto del resto del corpo. Lo spostamento in basso di tutti i visceri addominali appare evidente. Oltre a ciò c'è molto spesso debolezza muscolare generale, una certa tendenza al ginocchio valgo ed al piede piatto.

L'ereditarietà di queste alterazioni somatiche è spesso ben dimostrata. Briggs ha esaminato 128 individui appartenenti a 23 famiglie e ne ha trovati 64 affetti da ptosi, che si trasmetteva secondo le leggi di Mendel. Rovsing però ha dimostrato che le alterazioni stesse sono dovute all'interferenza di influenze esterne con fattori congeniti. Il fatto che molte ragazze con sintomi di visceroptosi sono bene sviluppate e robuste si spiega con la circostanza che la musculatura di relazione ha uno sviluppo indipendente da quello dei muscoli deputati a mantenere la posizione del corpo.

Dal punto di vista psichico questi soggetti sono tristi, scoraggiati, concentrati sui loro disturbi, incapaci d'iniziativa, facilmente esauribili. Questa deficienza di tono mentale corrisponde alla deficienza del tono dei muscoli di fissazione, ed è anche essa ereditaria.

La ptosi, non tenendo conto di quella delle donne che hanno partorito, è molto più comune nelle donne: su 441 casi ne sono stati riscontrati 340 in donne vergini. In queste l'elemento ereditario è più evidente. Negli uomini i primi sintomi compaiono in conseguenza di un lavoro duro ed eccessivo in un'età nella quale comincia a manifestarsi la stanchezza. In tali casi mancano i caratteri generali della ptosi, e questa migliora rapidamente con il riposo o con la modificazione del lavoro, per modo che non si può parlare di vera ptosi ma di un'atonia transitoria.

Da quanto si è esposto si può dedurre come probabile che la ptosi viscerale è una condizione risultante dalla combinazione di parecchi fattori. Si può considerare come fatto congenito l'aumento della mobilità intestinale e la formazione di membrane, nonchè la povertà mentale e la tendenza al cattivo sviluppo somatico. Ma conviene notare che l'aumento della mobilità e la formazione di membrane si riscontrano con molta frequenza in individui che non presentano alcun segno di ptosi tanto che non si possono considerare come vere anormalità: esse verisimilmente hanno più il significato di fattori predisponenti. La debolezza mentale e somatica congenita può essere solo un fattore concomitante.

Le condizioni della vita moderna delle ragazze favoriscono l'indebolimento del tono della muscolatura di fissazione e le anomalie somatiche. Se esse non hanno membrane accessorie non soffrono alcun disturbo anche se c'è debolezza dei muscoli addominali ed un grado notevole di ptosi. Ciò è particolarmente evidente nelle ptosi di donne che hanno avuto molti figli. Se però sono presenti le membrane accessorie i disturbi si manifestano rapidamente dopo la pubertà, quando si fanno evidenti le alterazioni somatiche. L'affezione è più rara negli uomini che nelle donne, perchè queste sono più soggette alla povertà di sviluppo dei muscoli di fissazione. Nell'uomo questi sono più validi ed i disturbi non compaiono fino a che non si ha la diminuzione del tono che comincia con la stanchezza dell'età media. Per aversi la caratteristica sintomatologia è necessaria non solo la discesa dei visceri, ma il loro avvolgimento con fascie e membrane, le quali costituiscono una deformità congenita.

Nella visceroptosi si ha dolore colico, che l'indagine radiologica ha dimostrato essere in rapporto ad aree irregolari di spasmo dello stomaco e dell'intestino. La intensità ed il carattere accessionale del dolore hanno qualche cosa di analogo alle crisi di angina pectoris e di altri spasmi arteriosi, tanto che si ritiene probabile che esso sia dovuto ad iperattività dell'innervazione simpatica.

DR.

Nella gastroptosi con speciale riguardo alla concomitante epatoptosi.

(M. FASANO. *Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. XVII, fasc. 2).

L'A. ricorda il metodo di Parlavecchio come una filiazione del metodo Perthes modificato dallo Schloessmaun, salvo che tenderebbe a correggere la lateralizzazione dello stomaco a sinistra e serve contemporaneamente alla pessia gastrica e a quella epatica. Mentre il Parlavecchio si serve di una benderella prelevata dalla guaina del m. retto, il Perthes e lo Schloessmaun si servono del legamento teres. Per ottenere un allungamento del legamento teres il Perthes si era servito di un filo di seta intrecciato all'estremità di esso.

L'A. crede inesatto questo procedimento e dichiara di potere riparare a questo inconveniente servendosi solo del legamento teres aggiungendo una specie di affardellamento della piccola curvatura. Inoltre l'autore fissa il legamento con dei punti alla Lembert in una ripiegatura della parete gastrica parallela alla piccola curvatura, estendendosi dal piloro a tre cm. dal cardias. Così riesce a fare una gastroplicatio e quindi la riduzione di questi stomachi dilatati, ectasici.

L'A. fa rilevare l'importanza che in alcuni casi ha la ptosi epatica in rapporto colla ptosi gastrica. Negli individui che hanno abbassato lo stomaco e il fegato, sollevando quest'ultimo e riducendolo nella sua loggia si ha un contemporaneo sollevamento dello stomaco.

Con lo spostarsi in basso del fegato e quindi del piccolo epiploon il cui margine inferiore si inserisce per un'estensione di 4-5 cm. alla prima porzione del duodeno, è ovvio come detta porzione debba spostarsi parimente nella stessa direzione unitamente al piloro che la precede e che su di essa esercita una notevole trazione anche verso il lato mediale; da ciò un'accentuazione dell'angolo epatico del duodeno, una esagerazione della normale angolatura fra la prima porzione del duodeno mobile e ptosico e la seconda fissa.

In conseguenza di questa angolazione stenosante si hanno sfavorevoli condizioni allo svuotaento, ectasia, diminuzione dell'energia contrattile delle pareti gastriche, alteraz. dei secreti, ristagno. I disturbi nella gastroptosi derivano, da una stenosi da inginocchiamento fra la parte sup. e la parte media del duodeno. Nella gastroptosi qualche volta si possono osservare emorragie nello stomaco.

Fissando lo stomaco abbassato all'arco costale mediante il legamento teres si può ristabilire la forma naturale del viscere.

Nei casi di stomaco atonico con gastroptosi si discute se la pessia dello stomaco non si debba combinare con un altro intervento. È appunto l'atonia gastrica la causa maggiore degli insuccessi della pessia. In questi casi trova la sua indicazione la gastroenterostomia per ottenere facilmente una via di scarico allo stomaco. Alcuni a torto consigliano di associare la pessia all'esclusione pilorica; ma contro questi due processi insorgono coloro che vogliono trovare la causa precipua dell'ulcera peptica nell'esclusione pilorica.

Esiste un metodo proposto dal Payr detto piloro-miotomia extra-mucosa alla Payr, che ripara ai vari inconvenienti predetti.

Consiste nella sezione dell'anello pilorico attraverso ad una incisione in senso longitudinale della parete pilorica per il tratto di quattro o cinque cm. sino alla mucosa esclusa e nella sutura della sierosa con un paio di punti in seta. Il Payr ha fatto l'operaz. per riparare al tumore da spasmo, in ammalati i quali presentavano dolori, iperacidità, ipersecrezione e leggeri sintomi di stenosi.

L'operaz. è asettica non aprendosi il lume dell'organo, la tecnica è semplice, e interrempendo

le fibre nervose si provvede allo spasmo e quindi si crea un libero deflusso del contenuto intestinale.

L'A. ricorda una piccola modificaz. proposta da Butzengeiger consistente nella sutura trasversale della sez. longitudinale, della sierosa pilorica.

Lui ha operato sette casi di epatogastroptosi in tre dei quali ha usato il metodo alla Payr, in due con modificazione alla Butzengeiger. Per quanto il periodo di osservaz. non dati da molto tempo l'autore si dichiara soddisfatto dei risultati ottenuti e consiglia il metodo come uno dei più rispondenti. SCANDURRA.

Contributo allo studio della stasi intestinale cronica.

(M. CHIRAY et J. LEBON. *Presse Méd.*, maggio 1927).

Le grandi cause della stasi intestinale cronica sono di due ordini: i vizi di posizione del ceco e la pericolite membranosa. Si potrebbe comprendere fra le cause della stasi intestinale cronica il megacolon ed il dolicocolon, che realizzano al massimo la sindrome della S. I. C., ma usualmente queste due affezioni sono descritte a parte.

Per comprendere il meccanismo patogenetico per il quale queste cause agiscono, occorre premettere qualche nozione sui dati moderni relativi alla fisiologia muscolare del grosso intestino. Primo dato importante è che la progressione peristaltica normale delle feci nel grosso intestino non occupa che pochi secondi nel corso delle 24 ore. La colonna fecale progredisce per tutta la sua lunghezza verso il segmento seguente, dopo di che segue un riposo di molte ore. Si comprende allora quale danno possano apportare le briglie ed i vizi di posizione a questo movimento di grande ampiezza. Il secondo punto è che il cammino percorso non è definitivo e che dei movimenti retrogradi sono possibili e frequenti. Le zone di partenza di questi movimenti corrispondono ai nodi di Keith, in cui le cellule del plesso di Auerbach si trovano aggruppati in ammasso particolarmente abbondante ed entrano in rapporto diretto con la musculatura intestinale. La nozione di queste onde antiperistaltiche o, secondo la terminologia di Case, anastaltiche, che esagerano la loro ampiezza in certi casi patologici, permette già di spiegare perchè un ostacolo anche di poca importanza, può ritardare considerevolmente il cammino fecale.

I radiologi ed i fisiologi ammettono l'esistenza di tre principali centri contrattili intestinali, di cui il più vicino alla valvola ileo-cecale, l'anello di Cannon-Boehm, divide il colon in due parti, la prossimale e la distale. Il segmento prossimale (colon ascendente e prima porzione del trasverso) costituisce il luogo di predilezione della S. I. C. Il colon distale è ben distinto dal prossimale, perchè con esso comincia la parte mobile del colon trasverso. Esso è poi diviso in due segmenti dall'anello di Payr, situato a livello dell'angolo sinistro del colon. Il primo di questi due segmenti, colon intermediario o metaxocolon, è particolarmente predisposto alla ptosi. L'ultimo segmento, che va dall'anello di Payr all'anello di Moutier, costituisce il colon sinistro e comprende il colon discendente con l'ansa sigmoidea.

Le briglie, le aderenze ed i vizi di posizione determinano, per mezzo di questi anelli di contrazione, la stasi temporanea delle feci ed è certo in virtù di questa azione solamente indiretta che le conseguenze patologiche della S. I. C. differiscono totalmente da quelle che produce l'occlusione acuta o cronica. Si comprende anche come le diverse cause della S. I. C. possono esistere lungamente senza provocare alcuna alterazione. Occorre senza dubbio l'intervento di un altro elemento che accentui la stasi al punto da determinare la copremia. Gli AA. ritengono che questo elemento sia costituito dalla colite, che esagera l'azione frenatrice degli anelli, sopratutto di quello di Cannon-Boehm e di Payr, e localizza nelle zone a monte di essi la maggior parte dei casi di S. I. C. È dunque contro la colite che deve rivolgersi il trattamento medico della S. I. C.

Passando a considerare le varie forme cliniche della S. I. C., gli AA. non ritengono di dover isolare una forma psichica della S. I. C., in quanto le turbe psichiche appartengono a tutte le forme di costipazione.

La *forma comune* della S. I. C. ha per segni fondamentali la costipazione ed il dolore al quadrante inferiore destro dell'addome. La costipazione, elemento diagnostico primordiale, può essere mascherata da una falsa diarrea da irritazione cronica. Il dolore consiste in una distensione penosa, prima transitoria, poi permanente alla fossa iliaca destra, a livello del cieco-colon. Esso non presenta nè le intermittenze nè la precisione del dolore appendicolare. Ma su questo fondo di sensibilità vaga e diffusa del cieco intervengono di tempo in tempo delle crisi dolorose intense, accompagnate da nausee e vomito sia alimentare, sia bilioso. Manca però la contrattura muscolare e l'iperestesia cutanea. La febbre è modica.

Sotto il nome di *forme epato-biliari* gli AA. comprendono due tipi clinici vicini ma distinti, la forma epatica e la forma vescicolare. Nella forma epatica dominano i segni della congestione del fegato. Il fegato è ingrandito e leggermente dolente alla pressione. La costipazione causale può restare misconosciuta e l'attenzione del me-

dico si rivolge esclusivamente sugli accidenti epatici. Le feci, da colite reattiva, prendono il tipo cecale, sono cioè giallastre e decolorate, segno che viene interpretato come una prova di insufficienza epatica. La decolorazione delle feci non è però dovuta a mancanza di stercobilina, ma alla putrefazione. L'errore è facilitato dal fatto che negli infermi si ritrovano altri segni classicamente attribuiti alla insufficienza epatica (urobilinuria, glicosuria alimentare). Nella forma vescicolare si ritrova la sintomatologia classica della colecistite cronica non calcolosa. La diagnosi differenziale è possibile con il sondaggio duodenale, che permette di constatare nella « bile B » dei segni certi d'infiammazione cronica (presenza di muco, abbassamento del pH, elevazione anormale della biliverdina e polinucleosi più o meno abbondante). Per spiegare la filiazione dei fenomeni, gli AA. ammettono che esista un'analogia fra la sindrome entero-epatica descritta e la sindrome entero-renale. È probabile che i microbi con le loro tossine, riassorbiti a livello della mucosa intestinale, siano condotti al lobulo epatico per via sanguigna. Dal lobulo epatico microbi e tossine passano nelle vie biliari e ritornano all'intestino, lasciando però le traccie del loro passaggio sotto forma di angiocolite e sopratutto di colecistite.

Le *forme renali* sono caratterizzate dai segni della pielonefrite e della cistite colibacillare. Accanto a questa forma, nota sotto il nome di sindrome entero-renale, esiste un altro tipo clinico, che gli AA. propongono di chiamare forma pseudo-nefritica. Il tipo clinico è caratterizzato da una oliguria abituale, che si esagera al momento della crisi di ritenzione stercorale. A questa oliguria si sovrappone un'albuminuria legata senza dubbio al riassorbimento tossico dall'ansa stasica. Infine questo stato è accompagnato da disturbi digestivi multipli che simulano l'uremia digestiva (stato saburrale della lingua, dispepsia gastrica, crisi dolorose di occlusione incompleta seguite da diarree più o meno abbondanti). La diagnosi può esser fatta sia con la constatazione clinica e radiologica della coprostasi, sia per l'assenza di ipodensità urinaria e di iperazotemia.

Esistono poi *forme gastriche*, nelle quali i sintomi gastrici prendono il sopravvento su quelli intestinali, *forme respiratorie*, dovute al riassorbimento in circolo del colibacillo, e *forme febbrili*, nelle quali tutta la sintomatologia consiste per molto tempo in piccoli accessi febbrili vespertini, che fanno pensare alla tubercolosi. Sono infine noti i rapporti che intercorrono fra la stasi intestinale e le anemie, e l'importanza che alcuni AA. danno ai disturbi intestinali per spiegare alcune forme di anemie perniciose criptogenetiche.

TOSCANO.

NEUROLOGIA.

Nuove vedute sulla terapia chirurgica della nevralgia del trigemino.

(H. PEIPER. *Arch. f. Klin. Chir.*, 143/2, p. 384).

Per la terapia della forma essenziale della neuralgia del trigemino esistono 3 gruppi di rimedi, così raggruppati: 1) terapia medica; 2) rimedi fisici; 3) metodi chirurgici.

Al chirurgo capita raramente di vedere i casi iniziali di questa affezione, ma egli non deve neanche ignorare che sull'inizio almeno, la neuralgia è spesso guaribile. Incruentemente servono uno dei tanto numerosi analgesici, o uno dei rimedi siano antichi (purganti) o moderni quali la cura vaccinica, la inalazione con gas « clorigene ». Fallita questa prima serie di rimedi, si può tentare l'applicazione di quelli fisici, nei quali rientra il sole d'alta montagna, l'elettricità, le pomate al radium, la roentgenterapia. Occorre dominare perfettamente uno di questi metodi, e bisogna aver dei casi curati solo medicalmente: allora si possono ottenere dei successi. A proposito di questi metodi, però, non è ancor detta l'ultima parola. Ma tenendone anche conto, rimane sempre un certo numero di casi di neuralgia del trigemino, di spettanza chirurgica. Ci si può a questo proposito domandare: è preferibile praticare delle iniezioni di alcool, basali o periferiche, o passare all'intervento sia basale che periferico? L'iniezione d'alcool nel nervo periferico non viene certo superata dallo strappamento periferico, sopratutto considerando della prima la tendenza spiccatissima alla recidiva.

Nello strappamento, la cicatrice è facilmente nascosta e il tratto di nervo asportato può, con tecnica appropriata, raggiungere perfino il ganglio di Gasser. L'iniezione basale di alcool presenta poi pericoli anche maggiori: basta enumerarne qualcuno: anchilosi dell'articolazione temporomascellare, lesione del seno carotideo, della carotide interna, paralisi dei nervi basali con diplopia, shock. È pur vero che qualche volta con manovre assai semplici la iniezione alla base riesce, ma anche nei casi più fortunati non siamo in grado di tenerci lontano da altri gravi pericoli. Così, ad esempio, è successo di osservare — data la grande diffusibilità dell'alcool — delle necrosi non solo delle meningi, ma anche dell'osso, a distanza anche di tempo cospicua dall'iniezione. Regolarmente si stabilisce una meningite adesiva d'origine tossica. Infine la recidiva è frequente e l'origine ne è da ricercarsi non sempre in una rigenerazione del ganglio, ma nella formazione di aderenze.

È pur vero che nei casi nei quali fallisce la iniezione rimane l'intervento, ma non molti sanno

le difficoltà terribili, operativamente parlando, che si creano con un'iniezione di alcool. Questa triste considerazione è il legittimo corollario di 9 interventi praticati alla Clinica di Schmieden per nevralgie ribelli e già curate con iniezioni di alcool alla base: di 9, ben 5 morirono in conseguenza dell'intervento. Degli altri 4 sopravvissuti, 1 solo potè esser dichiarato guarito e fu proprio quello in cui l'asportazione del ganglio fu abbandonata, dopo essersi persi a lungo in un intricato labirinto di aderenze! Del resto anche negli altri tre l'asportazione fu incompleta. Evenienza assai frequente, e gli AA. ne hanno osservato due casi: la presenza di una meningite sierosa circoscritta qualche volta spontanea, l'altra consecutiva dall'iniezione e probabile origine, anch'essa, di una parte della recidiva.

Invece in 9 casi, non trattati con alcool, l'intervento fu completo (meno che in un caso) e sopportato benissimo. In 3 dei pazienti fu praticata la gasserectomia, in 6 la sezione della radice protuberanziale, secondo Adson.

Da quanto si è detto, si può prudentemente concludere che — nelle forme di neuralgia major — in quelle cioè in cui son prese 2 radici almeno e gli attacchi si susseguono rapidamente, è senz'altro indicato l'intervento, subito.

Non esiste una differenza sostanziale tra la sezione e la distruzione chimica di una radice nervosa. Quindi l'iniezione di alcool alla base si può riservare alle cosidette forme minori.

In quanto alla tecnica, esistono numerosi metodi. La mortalità operatoria nelle mani di chirurghi provetti raggiungeva una media del 10-15 %. Cushing, però, ne operò 332 casi con 2 morti (0,6 %). Non solo: ma togliendone i due morti nei primi 34 casi, rimane una serie ininterrotta di 298 casi senza mortalità.

Oggi è preferibile limitarsi alla sezione della radice protuberanziale sensitiva secondo Adson. La gasserectomia presenta anche numerosi svantaggi, poichè non risparmiando la radice motoria, determina lo spostamento della mandibola. Si accompagna quasi costantemente alla cheratite neuroparalitica con possibile cecità consecutiva. Questa è la conseguenza della distruzione di tutte le cellule gangliari che appartengono al 1° ramo del 5°, forse anche della distruzione delle comunicazioni col plesso carotideo. Per questa considerazione Frazier ha proposto la sezione dei 2/3 esterni della radice del trigemino subito dietro il ganglio. Ma a tale ipotetica distribuzione funzionale non ne corrisponde una anatomica (plesso del Santorini!) e poi non è esatto quello che egli dice, e che cioè la nevralgia della 1ª branca non rappresenti mai l'origine della nevralgia di tutte le altre.

La neurotomia retrogasseriana invece è infinitamente più facile: di numerose statistiche oltremodo confortanti basta riportare la più recente: quella di Cushing-Horrax con 345 casi senza un morto! Alcuni autori hanno proposto di raggiungere la radice dalla fossa posteriore (con risultato oltremodo sconfortante): rimane unica la via temporale.

Tale intervento, però, non è indicato nelle recidive delle neuralgie dopo la sicura asportazione del ganglio, poichè la radice, emanazione del ganglio stesso, si trova in tali casi degenerata. Pur tuttavia la recidiva si osserva anche nei casi di sicura gasserectomia nel 14.5 % dei casi: in qualcuno di questi la spiegazione risiede nella persistente integrità di pochissime fibre di tutti e 3 i rami. Qualche altra volta bisogna ammettere (ciò che contrasta evidentemente con le cognizioni correnti e con l'opinione già espressa dall'A. - *N. d. R.*) una rigenerazione del tronco della radice del trigemino. Ma è certo che, a parte questa ultima evenienza che deve veramente esser straordinariamente rara, la persistenza dei dolori va ascritta la massima parte delle volte ad errori di diagnosi ad una nevralgia del glosso faringeo o del ganglio sfeno palatino, mantenuto — quest'ultimo — da una flogosi cronica del seno etmoidale (neuralgia di Sluder) e del ganglio genicolato (n. di Hunt). Ma queste neuralgie hanno le loro caratteristiche e debbono facilmente esser svelate e sopratutto distinte, anche quando concomitino con una nevralgia del trigemino.

Valgano per la neuralgia di Sluder i seguenti sintomi: dolori continui con scarsa tendenza a parossismi, persistenza di una suppurazione del seno etmoidale, dolore locale alla compressione, ed infine scomparsa dei disturbi con la cocainizzazione del polo posteriore del cornetto medio. Per le numerose anastomosi del ganglio sfeno-palatino col sistema nervoso centrale attraverso il simpatico mediante il g. petroso superficiale col g. genicolato del faciale, e con le fibre centripete del faciale, si spiegano facilmente le recidive possibili dopo le gasserectomie.

Così la neuralgia del ganglio genicolato (di Hunt) può esistere collateralmente ad una nevralgia del V o insorgere in coincidenza con un intervento su di esso. Per questo bisogna indagare sui suoi segni clinici: essi sono: dolori persistenti dietro l'orecchio, a carico dell'orecchio medio, sulla spalla.

Per la cura di questa nevralgia sono state proposte la sezione del n. gran petroso superficiale (operazione di Leriche-Wertheimer), o la sezione del tronco del faciale (in corrispondenza dell'angolo ponto-cerebellare) che comporta la contemporanea interruzione del n. intermedio e delle

fibre superiori del n. acustico. C'è da notare però che quasi costantemente nella gasserectomia il g. petroso superficiale viene coinvolto nella distruzione.

È a questa evenienza dunque che bisogna riferire la passeggera paralisi del faciale che nel 7 % di tutti i casi si osserva nei primi giorni della gasserectomia, e propabilmente una parte delle recidive.

Però bisogna aggiungere subito che una tale diagnosi vada posta con estrema precauzione perchè la sezione del tronco del faciale e la sua consecutiva paralisi rappresentano degli interventi assai gravi nei riguardi delle conseguenze.

Altri autori (Kulenkampf, Pette, ecc.) hanno richiamata l'attenzione sull'importanza del simpatico nella nevralgia del trigemino. Difatti non mancano mai durante gli attacchi i segni di una compartecipazione di esso. Per questo è stato proposto di praticare, prima dell'intervento intracranico, la simpaticectomia periarteriosa della carotide interna, associata o no all'asportazione del tratto superiore del simpatico cervicale. È bene dir subito come mentre l'efficacia di questa operazione debba riuscir dubbia, dall'altra è stata osservata l'insorgenza di una nevralgia a carico della terza branca del V proprio dopo un tale intervento praticato per un'angina pectoris.

Per quello che riguarda la tecnica l'A. segue l'incisione di Adson. È un taglio longitudinale parallelo alle fibre del temporale che scende dalla sua inserzione sull'osso fino al ponte zigomatico rispettando l'arteria omonima. L'osso vien tolto solo in corrispondenza della breccia e in iscarsa estensione. Serve bene una spatola con lampadina elettrica. La legatura della meningea perde ogni difficoltà stringendola con una piccola grappetta d'argento secondo Elsberg, che vien lasciata in situ. L'anestesia quando si può, è locale, altrimenti è preferibile il cloroformio all'etere. E. MINGAZZINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

RUFFINI A. *Processi di tecnica embriologica ed istologica.* Vol. in-16° illustrato, pag. 110. L. Cappelli, Bologna, 1927. L. 10.

L'A. espone in maniera succinta e precisa i propri procedimenti di tecnica usati nel suo largo studio di embrioni e di vertebrati e tratta nelle ultime pagine dei metodi tecnici necessari per ottenere nel campo dell'istologia normale ed anche in quella patologica, preparati chiari che mettano specialmente in evidenza i rapporti delle cellule tra di loro e la fine struttura dei protoplasmi. A. POZZI.

F. MERKEL. *Die Anatomie des Menschen.* 2ª ediz., rifatta da E. KALLIUS. Un vol. in-8° gr. con 295 figure in nero e a colori intercalate nel testo. Monaco, J. F. Bergmann edit., 1927. Prezzo RM. 21; rilegato RM. 23.10.

Questo celebre trattato giunge alla 2ª edizione, il che significa molto, data la natura del lavoro.

L'edizione è stata affidata al prof. Kallius, che per un quindicennio ebbe consuetudine di vita scientifica e didattica col compianto Maestro, il quale aveva già espresso il desiderio che questa pubblicazione fosse curata dal suo più apprezzato allievo.

Il Kallius non ha modificato le caratteristiche essenziali del lavoro, le quali ne avevano assicurato il successo, in particolare ne ha rispettato la chiarezza, l'ordine, la brevità. Egli si è limitato ai ritocchi ed ai cambiamenti giudicati indispensabili per aggiornare l'esposizione; ha anche sostituito ed aggiunto molte figure.

La prima parte, che vede ora la luce, è consacrata all'istologia (125 pagine) ed all'embriologia (155 pagine). Essa è corredata di un indice alfabetico a sè. R. B.

TOLDT. *Anatomischer Atlas.* 3 vol., 13ª edizione. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1927. Mk. 36.60.

Questa ultima edizione dell'atlante di Anatomia del Toldt è stata curata dall'Hochstetter il quale ha provveduto ad ampliarla notevolmente arricchendola di nuove tavole ricavate o da riproduzioni o da fotografie. Interessante è la parte radiografica, affidata al Kienboeck. Tutte le diciture esplicative di ogni tavola sono in latino, onde l'atlante può essere facilmente utilizzato da tutti.

Esso consta di 3 volumi: il I tratta dell'osteologia, artrologia e miologia; il II della splancnologia ed angiologia; il III del sistema nervoso e degli organi dei sensi. In tutto sono riprodotte 1524 tavole in nero o a colori, particolarmente nitide e dimostrative. TRENTI.

MEDICINA SOCIALE.

La zooprofilassi nella lotta antimalarica.

Da qualche tempo a questa parte, un nuovo elemento si è venuto aggiungendo alla profilassi antimalarica: la difesa dell'uomo dalle anofele per mezzo del bestiame. L'idea è stata accolta specialmente dopo le comunicazioni di Roubaud nel 1919, ma l'osservazione è molto anteriore, poichè un medico italiano, il Bonservizi, fin dal 1903 attribuiva al richiamo delle anofele da parte del bestiame l'assenza di casi di malaria nelle abitazioni provviste di stalle (1).

La pubblicazione recente di due lavori, l'uno di D. Falleroni, l'altro di A. Missiroli e L. W. Hackett, nella *Rivista di Malariologia* (1927, fascicolo 2), che può considerarsi come un vero *Corpus* delle attuali conoscenze sulla malaria, ci induce a ritornare sull'argomento, già trattato dal nostro giornale (ved. fra l'altro, 1923, pag. 39); e l'argomento è della massima importanza, sia perchè possiamo trovare nella zooprofilassi la spiegazione della scomparsa della malaria dalle regioni settentrionali d'Italia e d'Europa, sia perchè ci indica una nuova via per giungere alla migliore soluzione del problema malarico.

Il concetto fondamentale è noto: le anofele sono attirate dal bestiame e pungono questo anzichè l'uomo; manca quindi l'attingimento del virus malarico dal malato e la successiva inoculazione al sano, e si spezza per conseguenza un anello della catena che determina l'epidemia.

È questa la ragione per cui nelle regioni ad agricoltura molto progredita e ad intenso allevamento del bestiame bene stabulato, la malaria è andata progressivamente attenuandosi fino a scomparire.

Sulle modalità con cui tale allontanamento dell'anofele dall'uomo e sul tempo necessario, le opinioni degli autori degli studi menzionati sono però divergenti; concordano nel riconoscere che (in Italia) il vero nemico dell'uomo è l'*Anopheles claviger* (o *maculipennis*) e che le altre specie hanno poca o punta importanza.

(1) Il Bonservizi fece le sue osservazioni in provincia di Mantova. Il fatto che l'anofele si trova quasi esclusivamente nelle stalle era stato rilevato per una provincia limitrofa (Brescia) in quei tempi anche da chi scrive, che (*Atti Soc. Malaria*, 1905, pag. 179) osservava: « L'anopheles... è frequentissimo e copioso dovunque, quando si prenda la cura di ricercarlo soprattutto nelle stalle, dove di preferenza sta appeso alle numerose ragnatele, mentre ben raramente lo si trova nelle stanze di abitazione ».

Il F. sostiene in definitiva che il semplice impianto di stalle in condizioni adatte (non sempre facili ad ottenersi) è sufficiente per richiamare l'anofele sul bestiame e stornarlo così dall'uomo. La soluzione del problema si presenterebbe quindi unicamente (o quasi) agraria e sarebbe abbastanza sollecita.

Alle obbiezioni mosse per il fatto della persistenza di malaria in località con allevamento di bestiame in stalla, il F. risponde osservando che queste non si trovano nelle condizioni volute; cioè sono in comunicazione con l'abitazione, sottostanti alle camere di abitazione, in disadatta ubicazione, ovvero contengono il bestiame soltanto d'inverno. Si potrebbe osservare che nella massima parte delle piccole masserie dell'Alta Italia (a malaria scomparsa) si trovano le due prime condizioni e soprattutto si trovavano quando la malaria andava attenuandosi.

Il F. detta quindi le condizioni per l'attuazione della zooprofilassi: le stalle non devono essere molto ventilate, nè soggette a forti oscillazioni di temperatura; la scelta dell'ubicazione non è facile, poichè punti vicini possono avere un potere di attrazione diverso. È evidente che non debbono avere comunicazione con gli ambienti abitati, nè essere sottostanti alle camere. Degna di nota è la condizione che non debbano essere molto pulite (1), poichè le anofele affluiscono in maggior numero nei ricoveri più sporchi.

M. e H. hanno, dal canto loro, dimostrata la grande attrazione che esercita sulle anofele l'odore del letame.

Basterebbe dunque, secondo F., impiantare in prossimità delle abitazioni una stalla che rispondesse ai requisiti accennati, perchè le anofele vi accorressero, trascurando l'uomo; le stalle agirebbero come una barriera di fronte alle anofele.

M. e H. sostengono invece che la scomparsa della malaria da estese regioni dell'Italia, come da altre parti d'Europa, si è verificata lentamente e progressivamente in causa di cambiamenti di abitudini dell'anofele (è sempre del *maculipennis* che si parla), cambiamento che si manifesta come carattere biologico ereditario, per il quale la zanzara cerca e punge gli animali domestici stabulati, escludendo praticamente qualunque contatto con l'uomo.

Da esperienze fatte da M. e H., risulta che si

(1) Questa condizione contrasta evidentemente con i principii elementari d'igiene del bestiame e, trattandosi di allevamento di mucche lattifere, anche con quelli che dovrebbero essere essenziali per ottenere del buon latte; non dobbiamo dimenticare che in Olanda ed in Danimarca certe stalle sono una maraviglia di pulizia.

tratta non già di adattamento temporaneo, ma di abitudine permanente di questa razza di anofele, poichè la remozione della barriera animale non accresce in singoli casi la probabilità di contatto dell'anofele con l'uomo. Risulta inoltre che tali anofele, già abituate al bestiame, penetrano soltanto in piccolissimo numero nelle camere da letto e solo per rifugiarvisi e non già in cerca di nutrimento (non è però da escludersi che qualche volta possano pungere, come ha osservato chi scrive). Entrano invece facilmente nelle stanze occupate da animali domestici ed in quelle dove questi hanno dimorato di recente. In date circostanze, una piccola percentuale di anofele può pungere l'uomo. Ma la stessa stalla, dopo che è stata evacuata dagli animali per circa una giornata e che è stata pulita, acquista il solo carattere di rifugio e le anofele cessano di aggredire l'uomo.

Fatto interessante si è che l'anofele segue numeroso i bovini e li punge anche quando questi vengono trasportati da una stalla in un ambiente vuoto e pulito. Sostituendo poi nuovamente le vacche con l'uomo, le condizioni anofeliche della nuova stalla ritornano ad essere le stesse già osservate prima della introduzione delle vacche stesse.

Mediante, poi, la reazione di precipitazione, M. e H. hanno identificato il sangue contenuto nelle anofele. Orbene, mentre a Massarosa (anofelismo senza malaria) soltanto il 0.25 % delle anofele conteneva sangue umano, nelle Paludi Pontine la proporzione saliva al 10 %.

È dunque da ammettersi un vero cambiamento nelle abitudini dell'anofele (senza invocare modificazioni strutturali), tale da far sì che essa preferisca gli animali all'uomo. Ora, un cambiamento biologico di tal fatta non può prodursi rapidamente e non basta quindi circondare un'abitazione con stalle e porcili per provvedere alla sua difesa. Occorre del tempo prima che le anofele acquistino delle nuove abitudini.

M. e H. lo valutano in decenni, ma qualsiasi previsione in materia non può avere basi fondate.

Con lo stabilire delle stalle o dei porcili vicino alle abitazioni, si avrà già in un primo tempo un beneficio, in quanto che le anofele trovano molta maggior copia di materiale alimentare; diluendo così la provvista del nutrimento accessibile, vengono limitate le occasioni di contatto fra le anofele e l'uomo. In secondo tempo — effetto a lunga scadenza — le anofele finiranno per abbandonare praticamente l'uomo, preferendogli i bovini ed i suini.

Anche attualmente, come osserva F., l'anofele ha fra i diversi animali le sue preferenze, che sono, in ordine decrescente: maiali, bovini, conigli, polli.

Il contrasto fra i due modi di vedere non è soltanto teorico, ma anche pratico, perchè F. sembra quasi voler limitare alla sola barriera animale la difesa contro le anofele e spera di ottenerla subito, mentre invece M. e H. insistono perchè non si trascuri la lotta antilarvale. È ovvio che, anche annettendo la più cieca fiducia alla zooprofilassi, non si debbono abbandonare gli altri metodi di lotta se non quando la regione sarà ridotta alle condizioni di anofelismo senza malaria. *Unum facere et aliud non omittere,* tanto più quando questo *aliud* si dimostra alla prova dei fatti non privo di efficacia. La malaria, considerata dal punto di vista sociale, si presenta come un fenomeno assai complesso e sarebbe erroneo volerla aggredire da un solo lato e polarizzarsi verso un solo metodo. Lo dimostra la profilassi chininica, in cu si era creduto di trovare la più agevole soluzione del problema e che, ormai, si è venuta dimostrando per lo meno inattuabile per la generalità di una popolazione.

È un fatto però che, nonostante le accennate divergenze, le vedute e le osservazioni degli AA. citati concordano mirabilmente nel confermare l'efficacia della zooprofilassi, la quale si presenta feconda di speranze. È forse essa l'elemento più utile di quella *bonifica agraria,* che si è veduta procedere di pari passo con la scomparsa spontanea della malaria, ma che non ha mai prodotto gli effetti desiderati quando la si è voluta applicare sperimentalmente.

Aggiungiamo che il problema è affrontato anche da D. Ottolenghi, in una relazione molto pregevole pubblicata nello stesso fascicolo, relativa alla malaria nel Ferrarese, ove, accanto all'*Anopheles maculipennis,* assume un compito epidemigeno l'A. *sacharovi* (*elutus*).

In due località ugualmente ricche di animali stabulati, Diamantina e Jolanda di Savoja, la malaria è assai diversa. O. pone i termini del problema, ma non lo risolve: si riserva di compiere indagini ulteriori per l'accertamento delle cause.

L'entusiasmo per il nuovo non ci deve far dimenticare i risultati ottenuti con gli altri metodi e, soprattutto, non ci deve far attendere subitanei miglioramenti. In ciò siamo d'accordo con M. ed H. Le leggi biologiche non si forzano ed i miglioramenti saranno tanto più duraturi, quanto più gradatamente saranno ottenuti. E, con gli abbondanti raccolti ed i pingui allevamenti di bestiame, la fiorente agricoltura sarà la vera e stabile risanatrice dell'Italia nostra.

FILIPPINI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Italiana Oto-Neuro-Oftalmologica.

Seduta del 12 luglio 1927.
Presidenza: MINGAZZINI, presidente.

Cilindroma dello sfenoide.

FERRERI GIORGIO. — L'O. illustra un caso raro di cilindroma del seno sfenoidale e del labirinto etmoidale in un uomo di 57 anni. L'inizio del neoplasma si manifestò con disturbi visivi, per cui l'infermo si diresse all'oftalmologo che diagnosticò pallore temporale e corio-retinite maculare, per questo reperto, e per l'aspetto particolare del neoplasma alla rinoscopia anteriore e posteriore, si fece all'inizio diagnosi di « gumma ethomoido sphenoidalis ». La cura antiluetica ebbe esito negativo. Una biopsia (della quale l'O. mostra i preparati istologici) dimostrò trattarsi di un cilindroma. Il tumore in seguito distrusse completamente lo sfenoide e l'esame radiografico (presentazione di lastre) mostrò una grossa propaggine endocranica, che, lungo la fossa cranica media, si dirigeva verso l'orbita. Anche il seno frontale destro era invaso dal tumore. L'infermo fu irradiato con terapia profonda, ma venne poco tempo dopo a morte.

Sintomi oculari nella meningite sierosa.

CARAMAZZA FILIPPO. — L'O. si intrattiene sui sintomi oculari nella meningite sierosa traendo le sue conclusioni dallo studio di 19 casi. In tutti si trova l'aspetto caratteristico del fondo oculare, cioè l'edema papillo-retinico, la cui intensità può variare e dare così vari quadri oftalmoscopici, i quali possono essere raggruppati nei quattro tipi descritti dal Di Marzio. L'esame del campo visivo serve di controllo al reperto oftalmoscopico, poichè frequentemente ristretto, a volte a tipo emianopsico, per il consecutivo idrocefalo interno.

Inoltre si riscontra costantemente nel campo visivo l'ingrandimento della macchia cieca, particolarmente in senso verticale, in rapporto con l'edema retinico peripapillare che è maggiormente diffuso lungo il decorso dei vasi retinici. Talvolta si presentano paresi dei muscoli estrinsici degli occhi, più frequentemente a carico del « rectus externus ». In quanto alla puntura lombare è da rilevare il fatto che a scopo terapeutico è necessario togliere piccole quantità di liquido per evitare l'iperpressione reattiva, che, come hanno dimostrato Balduzzi e Pisani nella R. Clinica Neurologica di Roma, ed altri AA., si produce dopo estrazione di forte quantità di liquido.

A dimostrazione di tale fatto sta un caso studiato dall'O., in cui poche ore dopo l'estrazione di 12 cmc. di liquor si ebbe cecità accompagnata da cefalea intensa e vomito. Rifatta la puntura lombare dopo pochissimi giorni, con estrazione di soli 3 cmc. di liquido, si trovò una pressione iniziale più elevata di quella osservata nella prima puntura, ed in seguito ad essa il visus cominciò a migliorare. Non si ebbe nessun fenomeno grave post-puntorio, anzi scomparvero rapidamente la cefalea ed il vomito.

L'O. presenta alcuni degli ammalati studiati dimostrando all'oftalmoscopio di Gullastrand i vari tipi delle modificazioni del fondo nella meningite sierosa.

Tromboflebite settica dei seni cavernosi da sinusite purulenta del seno sfenoidale in una donna gravida.

REVERDINO EMILIO. — Trattasi di una ammalata la quale fu ricoverata all'Ospedale Civile di Brescia essendo gravida all'8° mese. Il ricovero era provocato dal fatto che la donna presentava frequenti rialzi termici, a tipo setticemico, e nel medesimo tempo da alcuni giorni si era manifestato un esoftalmo bilaterale a tipo infiammatorio. Non esisteva alcun'altra lesione neurologica. Il sensorio era integro nonostante l'apparente stato soporoso della paziente. Le lesioni oculari consistevano in esoftalmo bilaterale diretto: bulbi rigidi: congiuntive ischemiche, secernenti; rima palpebrale aperta nonostante un edema della palpebra. Le lesioni palpebrali non erano però di chiara natura infiammatoria. Sul fondo oculare si notava turgore venoso molto accentuato, ed édema della regione maculare. Era accennato il reticolo venoso cutaneo palpebrale. Fu negativo l'esame oto-rino-laringoiatrico, quello stomoiatrico, e nessuna alterazione era rilevabile a carico dell'apparato sessuale, e non fu possibile scoprire alcuna porta d'entrata per germi capaci di determinare i fatti settici generali e locali.

Fu fatta diagnosi di tromboflebite settica orbitaria, e setticemia di origine sconosciuta.

Fu consigliato di provocare il parto, ma questo avvenne spontaneo circa 24 ore dopo l'ingresso della paziente all'Ospedale, dando alla luce una bambina viva. Questo evento determinò un rapido abbassamento della temperatura. Ma le alterazioni oculari si aggravarono. Il reticolo venoso cutaneo palpebrale e temporale si rese più evidente; si aggravarono le condizioni del fondo oculare finchè l'a. morì.

L'autopsia venne praticata allo scopo di scoprire il punto di origine della infezione che successivamente si era localizzata ai seni cavernosi, ed aveva provocato la morte. Data la negatività degli esami clinici speciali precedentemente eseguiti, si eseguì l'esame necroscopico degli organi interni, della laringe, del faringe, delle orecchie, delle arcate dentarie, dei seni, dei seni mascellari e frontali, dell'etmoide ma con esito negativo. L'orbita presentava del pus sporco tra i vari elementi anatomici. Il seno cavernoso era trombizzato in entrambi i lati e così il coronario. I seni petrosi lo erano nelle parti più vicine ai loro sbocchi nel seno cavernoso. Le vene orbitarie erano trombizzate. Infine l'indagine necroscopica fece scoprire una sinusite purulenta dei seni sfenoidali i quali per la loro parte anteriore erano usurati sì che vi era comunicazione con l'orbita. Le alterazioni del cervello si riducevano ad una intensa iperemia venosa, senza alcun focolaio trombotico o emorragico nella sostanza cerebrale.

S.

Associazione Napoletana dei Medici e Naturalisti.

Sedute del 4-11 luglio 1927.

Presidenza: prof. TEDESCHI, presidente.

Lo stato attuale della chirurgia del simpatico.

Prof. R. CHIAROLANZA. — L'O. premette che nella grande quantità di lavori comparsi in questo ultimo periodo sulla clinica e la fisiopatologia del simpatico, una nota comune predomina, la incertezza; ond'egli ritiene utile alle ulteriori investigazioni raccogliere e catalogare tutto il materiale documentario, coordinarlo e sceverarlo dagli ingombri e dalle nocive deviazioni. Deve essere anche oggetto di meditazione e di disamina il nuovo indirizzo che va evolvendo da questo sforzo multiforme della chirurgia del simpatico, con elegante e suggestivo appellativo chiamata *chirurgia del dolore*, la quale sopprime non la sofferenza in quanto stato subbiettivo di una condizione abnorme di un organo o di un tessuto, ma la possibilità della trasmissione dello stimolo dolore. Dimostra ampiamente come i tentativi chirurgici hanno dato la spinta a più approfondite conoscenze anatomiche e fisiologiche, prospetta i due sistemi del simpatico e del parasimpatico e ne descrive la struttura istologica e la funzione. Conclude questa parte riportando dal recentissimo lavoro del Delmas la schematizzazione del simpatico viscerale.

Passa a parlare della chirurgia del simpatico vasale, la quale ha dato un importante impulso alla conoscenza dell'anatomia e della fisiologia dei riflessi vasali, localizzati dal Hirsch nello strato profondo dell'avventizia quasi sulla muscolare. Accenna alla grandissima importanza che hanno i rilievi del Leriche e del Fontaine circa le variazioni della tensione arteriosa nell'arto superiore in seguito alla asportazione di tutta la catena cervicale, alle altre ricerche sperimentali fatte sugli animali e alle conclusioni alle quali si perviene, cioè che la sezione di tutti i rami di un arto detti vasomotori non provoca alcun disturbo durevole della vasomotricità, non produce giammai un deficit vasomotore. Gli studi del Leriche in difformità della concezione anatomo-fisiologica tendono a spostare alla periferia la sede di produzione delle azioni vasomotrici regolanti la circolazione locale. Accenna ai tre organi principali dei disturbi funzionali dei riflessi vascolari secondo Schleesinger e ai risultati ottenuti con l'operazione del Leriche nella claudicazione intermittente e nella malattia del Reynaud.

Conclude per suo conto che pur sfrondando le illusioni e gli entusiasmi che hanno seguito i primi annunzi dei casi favorevoli, e riducendo le indicazioni essa resta come ausilio terapeutico prezioso là dove si giudichi necessario il miglioramento della circolazione locale; per combattere disturbi trofici capaci di compromettere la vitalità dei tessuti. Relativamente alla chirurgia nervosa nell'asma bronchiale la definisce un campo oscurissimo nel quale i risultati sin'oggi conseguiti sono perlomeno contraddittorii, ciò che egli spiega con la incertezza della conoscenza anatomica della innervazione polmonare. Anche per l'angina di petto dice che è stato oggetto di innumerevoli tentativi chirurgici ciò che non può meravigliare se si riflette che vi sono troppi punti ancora oscuri sulla patogenesi della forma morbosa della quale fa un rapido accenno concludendo che, essendo il dolore angoscioso la caratteristica fondamentale clinica, a questo sintomo è stata diretta la terapia chirurgica. Venendo a parlare specificamente della chirurgia del dolore si sofferma sulle due grandi categorie di dolori: quello cerebro-spinale e quello simpatico, e pone il quesito se il simpatico, che per i fisiologi è un nervo esclusivamente motore, è dotato di sensibilità e contiene fibre centripete. Riferisce la concezione positiva del Leriche suffragata da innumerevoli prove chirurgiche, accenna ai risultati incoraggianti nella causalgia, nella nevrite ascendente, nei dolori dei monconi di amputazione, nelle nevralgie del trigemino. Avviandosi alla conclusione passa alla chirurgia dei dolori viscerali, ne prospetta le basi anatomiche, ed accenna alle simpatectomie periarteriose di Tisserand, Leriche ed altri per malattie degli annessi, ed alla operazione del Cotte, consistente nella resezione del nervo presacrale, la quale, secondo l'O., è quella che maggiormente merita di essere rilevata, per la relativa facilità dell'intervento e per il silenzio nella sensibilità che ne consegue.

I grandi amorali. Invertiti. Pervertiti. Incestuosi ed anomali originari.

Dott. J. AISENSCITAT. — L'O. fa una rapida rassegna storica e biologica sull'argomento corredandola con i risultati di notevoli e molteplici esperienze, e chiarendone la genesi sia nei riguardi della eredità delle lesioni anatomiche originarie e delle altre ipotesi formulate dal cultori di simili argomenti, sia considerando la enorme influenza che esercitano le condizioni di ambiente. Correda il suo dire con una lunga serie di interessantissime fotografie, e presenta le sue conclusioni formulando dei voti per una adeguata legislazione, specie nei riguardi degli omosessuali.

Fanno delle osservazioni i proff. MOLÉ, CICCONARDI e CAPASSO.

Etiologia e patogenesi degli esantemi nella difterite.

Dott. G. PANSINI. — L'O. espone lo stato delle conoscenze sui cosidetti esantemi da siero, e dopo una esauriente e serrata critica su tutte le ipotesi fatte sin'ora, espone i risultati notevoli delle sue osservazioni e ricerche corredandole con molte tavole dimostrative. Dopo di aver rilevato che in molti autori antichi è riportata la presenza di esantemi nella difterite nel tre per cento dei casi, non manca di prospettare altresì che con la sieroterapia la media della presenza degli esantemi sale al 33 per cento. Prospetta nei riguardi anche della disposizione di tali esantemi l'interessamento del sistema nervoso simpatico e le cause invocate di ipersensibilità cellulare nella genesi degli esantemi medesimi.

Conferma che molti dubbi permangono e che occorrono studi ulteriori per risolvere alcuni punti tuttavia oscuri, rilevando altresì che le prove dirette, che avrebbero potuto risolvere il quesito, cioè la cura dei gruppi d'infermi alcuni con siero ed altri senza siero, non è stata possibile per non incorrere in gravi responsabilità nei riguardi dei pericoli mortali per gli infermi curati senza siero.

Fa delle importanti osservazioni all'interessante studio del dott. Pansini il prof. G. CICCONARDI.

I.

Riunione per lo studio della sifilide congenita.

(Torino, 8 maggio 1927).

La riunione per lo studio della sifilide congenita è stata promossa dai gruppi Piemontesi delle seguenti Associazioni:

Società Italiana per lo studio delle questioni sessuali;
Società Ital. di Dermatologia e sifilografia;
Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia;
Società Italiana di Pediatria; e dalla
Associazione Professionale dei Dermosifilografi italiani.

La riunione si è svolta a Torino, nell'aula della R. Accademia di Medicina, gentilmente concessa, allo scopo di studiare la diffusione in Italia della sifilide congenita, di indagarne le cause e proporre quei mezzi di profilassi che, evitando la trasmissione ereditaria della lue, possono contribuire notevolmente all'incremento ed al miglioramento della razza italiana.

Promossa dal « Gruppo Piemontese della Soc. Ital. per gli studi sessuali », ebbe l'adesione della sede cntrale di questa Associazione, delle Sezioni regionali piemontesi della Soc. Italiana di Ginecologia ed Ostetricia, della Soc. Ital. di Pediatria, e dell'Associazione Professionale dei Dermosifilografi italiani, le quali vi concorsero materialmente e con l'opera singola dei loro soci, che svolsero interessanti relazioni e comunicazioni, con dimostrazioni di bambini sani e malati e di radiografie riguardanti le alterazioni osteoarticolari prodotte dalla lue congenita.

La seduta inaugurale fu aperta dal prof. PICCARDI, in sostituzione del prof. Vicarelli, forzatamente assente, con un saluto ed un ringraziamento alle autorità intervenute: il prof. Maggiora per la Facoltà Medica ed il Rettore dell'Università, il comm. Sacco, medico provinciale, in rappresentanza del Prefetto, il comm. Abba, in rappresentanza del Podestà, il colonnello Ruta, direttore della locale Sanità militare, il prof. Bizzozzero, direttore della Clinica Dermosifilopatica, il prof. Fontana, primario all'Ospedale di S. Lazzaro, ecc; ai relatori, alla stampa medica ed a tutti i colleghi che collaborarono alla riuscita della « Riunione », la quale ha sopratutto lo scopo di collaborare col Governo Nazionale all'elevazione fisica e morale del popolo italiano, additando una delle più gravi cause di spopolamento e di degenerazione della razza e proponendo quei mezzi di sicura efficacia che in nazioni più gravemente colpite hanno dato ottimi risultati. Dopo elevate parole di plauso all'iniziativa, pronunziate dal prof. Maggiora, si inizia lo svolgimento delle relazioni.

La diffusione della sifilide ereditaria.

Prof. M. ARTOM. — Dopo aver accennato alla difficoltà di compilare delle statistiche su un argomento i cui limiti sono oltremodo controversi, per la varia interpretazione dei sintomi e delle sindromi, stabilisce quali devono essere le direttive per ottenere dei dati che consentano una certa approssimazione sull'estensione della luce congenita in Italia; espone i dati statistici raccolti nei dispensari celtici, nei brefotrofi e negli ospedali di Alessandria e di Novara e così li commenta:

Nè soltanto queste ben eloquenti cifre dimostranti quale vera strage di innocenti sia imputabile alla lue dei genitori stanno a creare il fosco quadro delle famiglie dei luetici. Peggiori forse sono le conclusioni che si traggono dall'osservazione dei sopravissuti in tali famiglie.

Esistono in Italia 5000 eredo-luetici ciechi, dei 30,000 sordomuti gran parte deve la propria infermità alla lue congenita, negli ospedali psichiatrici son degenti circa 4000 bambini e molti adulti che presentano gravi anomalie intellettuali e morali, psicosi od epilessia, per la maggior parte dei quali è nella sifilide dei genitori la causa della affezione che li ha fatti isolare dalla società.

La collettività che risente di tutto l'orrore di tanti morti, che subisce il peso materiale e morale di tanti infelici privati d'ogni possibilità di rendersi utili, di tanti innocenti che vanno a ingrossare le file degli avariati, dei reietti, dei delinquenti solo perchè in essi è stato impresso il marchio dell'infezione di chi li ha generati, ha l'assoluto dovere di intervenire, magari coercendo, per difendersi da sì grande piaga sociale.

La sifilide del neonato.

Dott. PIETRO FORNARA. — Esposte le concezioni attuali sulla patogenesi della lue congenita, richiamando l'attenzione sulla tendenza di qualche autore ad ammettere la *lue ex-padre*, per quanto senza argomenti dimostrativi; viene a trattare della diagnosi della lue congenita alla nascita, la quale si basa su 4 ordini di ricerche e di sintomi da esse dipendenti:

Sintomi clinici e dati anamnestici della madre;
Esame della placenta e degli annessi fetali;
Sintomi clinici del bambino;
Esame sierologico della madre e del bambino.

Si ferma in modo speciale a ricordare i *sintomi di certezza* e quelli di *probabilità* della lue alla nascita, e sull'importanza ed il valore delle reazioni sierologiche nel neonato, concludendo così la sua relazione:

La questione della patogenesi della lue congenita è lungi dall'essere pacificamente risolta; pur ammettendosi il dato classico che essa è di abitudine la conseguenza di un'infezione materna trasmessasi al figlio per via transplacentare, non

mancano Autori dei più noti che ancora recentissimamente ammettono anche la possibilità di una trasmissione per infezione dell'ovulo preconcezionale o per infezione concezionale, da sperma infetto (infezione ex patre) e la possibilità pure di una lue congenita puramente distrofica.

Circa la diagnosi della lue congenita alla nascita occorre tenere presente la necessità di servirsi di tutti i dati possibili e cioè: dell'esame clinico e dell'anamnesi della madre vagliando e investigando bene i particolari dei possibili accidenti della vita ostetrica della stessa; dell'esame della placenta e degli annessi fetali; di un esame clinico completo ed accurato del bambino; di un esame sierologico della madre e del bambino. Circa agli esiti ed al valore di tali esami sierologici occorre ricordare la possibilità che una madre luetica presenti alla nascita di un figlio luetico una Wassermann negativa (senza che per questo si debba in ognuno di tali casi parlare subito di una sifilide ex-patre) e la reale relativa frequenza con cui alla nascita e nei primi mesi di vita i bambini affetti da lue congenita presentano una R. W. negativa; col che però non si deve per nulla togliere valore alla reazione di Wassermann stessa che rimane sempre un utile presidio diagnostico in un notevole numero di casi; come nella lue acquisita anche nella lue congenita precoce essa ha un certo numero percentuale di reazioni negative, numero che solo è certamente qui alquanto più rilevante che nella lue acquisita.

Diffusione ed evoluzione della sifilide congenita.

Prof. E. MENSI. — L'O. in base a 210 osservazioni di sifilide congenita accertata, espone brevemente la sintomatologia clinica della malattia considerata nei suoi tre stadi principali di setticemia, di localizzazione, di distrofie e sulle sue varie modalità di manifestazione dalla mancanza assoluta di ogni segno - vera criptosifilide — alla forma attenuata, larvata, conclamata. Illustra e commenta i casi più rari e interessanti, discute il valore diagnostico dei vari sintomi di certezza o di probabilità, rilevando la grande importanza della ricerca del treponema, della esperimentazione negli animali: scimmia antropomorfa, lama, dato che il lama sia per la sifilide quello che è la cavia per la tubercolosi, della R. W., della Meinicke, della prova terapeutica.

Discute il valore diagnostico dell'indice di rifrazione del siero ematico, della presenza dei gangli epitrocleari, retromastoidei, sottoccipitali, della tubercolinoreazione, della mononucleosi del sangue.

Richiama l'attenzione sui disturbi psichici, di origine nervosa o endocrina, su alcune sindromi che possono essere determinate da lesioni delle ghiandole sanguigne o del sistema nervoso, quale l'obesità, che può interpretarsi come conseguenza dell'alterazione ipofisaria o dei nuclei dell'infundibulbum o del tuber.

Rileva l'importanza delle simbiosi specialmente luetico-tubercolare suggerendo il modo più sicuro d'identificarle, determinando la reazione di focolaio coll'iniezione ipodermica di tubercolina o coll'inoculazione alle cavie del materiale sospetto di tubercolosi.

Termina definendo il significato di lue latente associandosi al Citron nel ritenerla una forma di sifilide senza alcuna manifestazione clinica o biologica e tuttavia capace di risveglio e quindi di contagio.

Nella seduta del pomeriggio, presieduta dal prof. MENSI, si svolgono le seguenti relazioni e comunicazioni:

Profilassi e cura della sifilide congenita.

Prof. A. F. CANELLI. — Il relatore si propone di giungere a conclusioni decisamente pratiche. È d'avviso che nella profilassi e nella cura della malattia difettino soventissimo due fattori principali:

1) la coscienza sanitaria del profano e a volte del medico;

2) la cosidetta direzione morale della malattia.

Illustra ampiamente questi due fattori, li discute ed enuncia i mezzi opportuni alla traduzione di essi nella pratica.

È fautore della « carta biografica », del « certificato prematrimoniale » da lui auspicati sin dal 1912 nella sua dissertazione di laurea, dei Consultori antiluetici per i lattanti e le rispettive madri, della somministrazione gratuita ai bimbi ed alle madri indigenti degli arsenobenzoli, dei bismutici, dei mercuriali da parte dei pubblici poteri.

Non desidera la coercizione, ma lo spirito educativo nel profano.

Istruire il profano è uno dei compiti principali della lotta antiluetica.

Questa la trama schematica della dettagliata relazione, la quale, per la sua complessità, male si presta ad essere felicemente riassunta.

Chi desiderasse leggerla, la può consultare negli Atti del Congresso e nella Rivista « Clinica ed Igiene infantile ».

La profilassi prenatale della sifilide ereditaria.

Prof. PICCARDI. — Dopo aver accennato alla diffusione della lue congenita in Italia, che pare in aumento dopo la guerra, e, secondo le statistiche parziali, si aggirerebbe tra il 7 % (Torino) ed il 28 % (Napoli) di morbilità dei bambini degli ambulatori e delle cliniche pediatriche e raggiungerebbe il 2 % di mortalità (Brefotrofio di Torino), svolge le sue idee sulla profilassi prenatale, basate specialmente sulla sua lunga esperienza dell'uso degli arsenobenzoli, che anche in questo campo hanno dato risultati ottimi, come dimostrano le statistiche delle Maternità francesi e quelle personale dell'O.

La profilassi prenatale deve partire dai seguenti concetti, ormai generalmente ammessi: 1) il prodotto del concepimento è sensibilissimo alla azione deleteria della sifilide; 2) altrettanto facile è modificare colla terapia, specialmente arsenobenzolica, lo stato morboso che nei genitori è causa di procreazione di prole infetta; 3) la sifilide *ex patre* praticamente non esiste.

Quindi la cura precoce ed intensa del candidato al matrimonio, evitando il contagio della madre, impedirà la trasmissione della sifilide alla

prole; la cura della donna infetta, prima e durante la gravidanza, eviterà l'aborto e la procreazione di prole infetta. Così la profilassi si riduce essenzialmente alla ricerca ed alla scoperta della lue nell'individuo e nella famiglia ed alla cura di tutti gli infetti.

A questo scopo è necessaria anzitutto l'opera del medico generico della città e della campagna che, trovandosi a contatto colla famiglia, dall'anamnesi dei genitori, dai sintomi grandi e piccoli dei primi nati, può sospettare la lue famigliare ed accertarla colle reazioni sierologiche. Sono inoltre indispensabili speciali organizzazioni che abbiano il compito di questo *depistage* e che perciò siano fornite dei mezzi necessari diagnostici e dei preparati antiluetici più attivi. Tali sono, oltre le cliniche ed i reperti dermoceltici, i dispensari celtici che sorprendendo la sifilide all'inizio, possono impedirne il fatale sviluppo nell'individuo e nella famiglia; le cliniche, i reparti pediatrici, ed in special modo gli ambulatori per bambini ed i dispensari dei lattanti, dove si visitano ed eventualmente possono essere curati madre e bambini; le consultazioni prenatali per le gestanti (oltre le cliniche ed i reperti ostetrici) dove la cura regolare ed intensa della futura madre quasi costantemente annulla i disastrosi effetti della lue; le consultazioni prematrimoniali, che eviteranno ai candidati il matrimonio fino a che non sieno diventati innocui per il coniuge e per la futura prole.

L'O. passa poi a discutere il tempo in cui si può concedere il matrimonio e le condizioni necessarie perchè questo possa avvenire senza pericolo di contagio e di trasmissione ereditaria, e cioè due anni dopo l'infezione in caso di sifiloma iniziale, e quattro anni in caso di sifilide secondaria avanzata, purchè si siano osservate le seguenti condizioni: 1) cura precoce, regolare, intensa, ripetuta, con arsenobenzoli, in serie, intercalata o non con altri antiluetici; 2) che il malato dopo i primi sintomi non abbia presentato più alcuna manifestazione nè interna nè esterna; 3) che le reazioni umorali sul sangue e sul liquido cefalo-rachideo siano negative; 4) che anche per parecchi anni dopo il matrimonio il malato sia tenuto in osservazione ed eventualmente curato al minimo sospetto di riaccensione della lue, e che la sua famiglia sia sorvegliata clinicamente e sierologicamente.

I risultati ottenuti seguendo queste norme si desumono dal riassunto delle tabelle statistiche in cui vengono messi a confronto i casi di sifilide non curata o insufficientemente curata, ben curata con mercurio o con arsenobenzoli.

Sifilide non curata: 126 gravidanze; prole infetta 106 (84 %), sana 20 (16%).

Sifilide curata insufficientemente con mercurio: 72 gravidanze; prole infetta 62 (86 %), sana 10 (14 %).

Sifilide insufficiente curata con arsenobenzoli: 28 gravidanze; prole infetta 18 (64%), sana 10 (35 %).

Sifilide ben curata con mercurio: 43 gravidanze; prole infetta 12 (28 %), sana 31 (72 %).

Sifilide ben curata con arsenobenzoli: 60 gravidanze: prole infetta 4 (6 %), sana 56 (94 %).

D'O. a dimostrazione delle idee esposte presenta una serie di bambini di aspetto sano e florido, con R. W. negativa, nati da luetiche ben curate con arsenobenzoli prima e durante la gravidanza.

Conclude pertanto:

1) La s. e. per quanto meno diffusa che in altre Nazioni esiste in Italia in proporzioni maggiori di quanto generalmente si crede e fa risentire i suoi danni con gli aborti e con la polimortalità infantile, con la procreazione di eredoluetici, ma rimane spesso nascosta o sconosciuta ed è conseguenza delle sifilidi non curate o insufficientemente curate.

2) La lotta contro la s. e. oltre che su tutti i mezzi di profilassi della s. acquisita, si basa su questi due fatti: *a*) scoprire la sifilide ovunque, in qualunque stadio o condizione essa si trovi; *b*) curarla intensamente nell'individuo e nella famiglia con i mezzi più energici di cui dispone la terapia, la quale nella maggior parte dei casi previene la trasmissione ereditaria.

3) Per scoprirla e curarla convenientemente, oltre l'opera del medico privato che dovrà essere maggiormente istruito sulle forme palesi o larvate della s. acquisita e dell'ereditaria, è necessario il regolare funzionamento di speciali organizzazioni di cui alcune già esistenti in Italia (dispensari celtici, ambulatori per bambini malati, dispensari per lattanti), le quali dovranno essere completate nell'arredamento diagnostico e nei mezzi terapeutici, e di altre che dovranno essere create *ex novo*; consultazioni prenatali per le gestanti, consultazioni prematrimoniali.

4) Questi istituti, che concorreranno all'incremento ed al miglioramento della razza italiana, dovranno essere organizzati e mantenuti dallo Stato, dalle Provincie e dai Comuni, valendosi dell'opera dei rispettivi specialisti di provata competenza.

5) In tutte le contingenze in cui può intervenire la profilassi ad evitare i danni della lue ereditaria, prima e dopo il matrimonio, prima, durante e dopo la gravidanza, gli arsenobenzoli da soli, o convenientemente associati con altri antiluetici, hanno dato i migliori risultati. Con essi si ottiene oltre il 90 % di prole sana, mentre nella sifilide non curata si ha la proporzione inversa.

Sulla fondazione di un Istituto di consulenza igienica prematrimoniale in Torino.

Prof. FONTANA ARTURO. — L'O. ricorda come nella seduta del 7 dicembre 1926 u. s. sia stata discussa in seno al Gruppo piemontese della Società Italiana per lo studio delle questioni sessuali la opportunità della proposta dallo stesso presentata della fondazione in Torino di un Istituto di Consulenza igienica prematrimoniale.

I Relatori dell'odierna Riunione unanimi ne hanno confermata l'assoluta ed urgente necessità; l'O. in nome del Gruppo rappresentato espone pertanto brevemente quanto si è fatto in questa direttiva e quanto si ha in progetto di fare.

L'idea dell'Istituzione non è nuova; ve ne sono in alcune città estere assai fiorenti; se ne è tentata la fondazione in alcune delle maggiori

città italiane. L'esperienza scaturita da questi tentativi e da queste prove dovrà formare la base di quanto si cercherà di fare in Torino.

L'O. ricorda anzitutto l'esempio dell'Olanda e dell'Austria; in Olanda la Società Neerlandese in favore della visita prenuziale ha creato 41 Comitati, molti attivi, che cercano di incitare i candidati al matrimonio a subire una visita prematrimoniale; essi distribuiscono ai fidanzati degli opuscoletti, contenenti i consigli opportuni, per mezzo degli Uffici di Stato civile in occasione delle pubblicazioni di matrimonio. Cercano così di attirare l'attenzione degli interessati e del pubblico in generale sull'importanza della salute degli sposi e sulle responsabilità inerenti alla procreazione.

In Amsterdam è stato installato un Consultorio prenuziale aperto a tutti i candidati al matrimonio che volontariamente si presentano: l'esame è praticato da tre medici dal punto di vista generale, ginecologico e venereologico. Quando non esiste alcun ostacolo al matrimonio viene rilasciato un certificato di idoneità ai candidati che ne abbiano fatto richiesta (Schreiber, *Bulletin Médical*, 12 febbr. 1927).

A Vienna esiste pure un posto di consultazione presso l'Ufficio di igiene municipale, inaugurato il 1° novembre 1922.

La visita dei candidati è volontaria e viene eseguita in due pomeriggi della settimana; il medico addetto all'Istituto, dopo aver spiegato ai candidati l'importanza e la portata dell'esame che si accingono a farsi praticare, procede alla raccolta dei dati anamnestici con particolare considerazione alle malattie trasmissibili congenite od acquisite raccomandando l'assoluta sincerità delle risposte. Pratica quindi una visita generale e, se ne riscontra la necessità, indirizza il candidato al medico curante od a medici specialisti che vengono invitati a rispondere ad appositi, minuti questionari. Se tutte le ricerche risultano favorevoli il medico del consultorio rilascia a richiesta un certificato di idoneità; in caso contrario il candidato ha la facoltà di chiedere un giudizio di appello ad una speciale Commissione nominata dal Consiglio sanitario provinciale.

Dal 1922 al 1925 i consulti richiesti sono stati circa 3000: la maggior parte dei candidati era costituita da impiegati, da operai, la minore da professionisti e da possidenti; ambulatori, cliniche ed eminenti specialisti hanno posto a disposizione dell'Istituto la loro opera disinteressata, i loro gabinetti ed i loro strumenti.

Tutti i pazienti si sono comportati nel modo più soddisfacente e si sono sottomessi a tutte le ricerche loro richieste senza eccezione (perfino alla puntura lombare) e ne hanno puntualmente consegnati i risultati.

La percentuale dei candidati riconosciuti sani è stata del 27 %, quella dei venerei 18 %, dei tubercolotici 10 %, dei psicopatici sessuali 20 %. Ricorderemo infine che l'Istituto ha redatto un ottimo foglio di propaganda che viene largamente distribuito ai candidati al matrimonio.

E in Italia? A Milano il Consultorio stato progettato dal prof. Alfieri e dal Comitato della Croce Rossa non ha potuto essere fondato in seguito, a quanto pare, all'opposizione dell'elemento medico; a Trieste la Sezione sanitaria femminile del Fascio ha pure avuto l'idea di costituire un centro di consulenza presso il Patronato nazionale delle assicurazioni, ma il risultato è stato negativo... per mancanza di clienti. Si è pensato allora di abbinare questo scopo con l'*avviamento professionale* degli operai e delle operaie ma di questa iniziativa si attendono ancora i risultati.

Gli insuccessi ricordati non devono scoraggiare, devono invece indicare gli scogli da superare e le difficoltà da evitare. Tutti i soci del Gruppo Piemontese della Società per lo studio delle questioni sessuali sono pronti ad offrire la loro opera e di comune accordo hanno studiato uno schema di iniziative attuali e future onde riuscire nell'intento.

In primo luogo si provvederà ad una attiva propaganda per mezzo di articoli su giornali medici e politici, di conferenze in ambienti intellettuali e popolari, di opuscoli, foglietti volenti, cartelli, bolli da apporre sui fogli di ricette o su altri stampati usati dai medici negli ambulatori, ed infine di riunioni scientifiche come la presente che segna veramente l'inizio dell'istituzione.

In secondo tempo, al più presto possibile, previo il consenso delle Autorità, si fonderanno vari centri diagnostici approfittando di Istituzioni pubbliche già esistenti e dell'opera volenterosa di medici privati indicati all'uopo.

L'O. ha il piacere di annunziare all'Assemblea che si è già avuto un piccolo nucleo di aderenti; il prof. Piccardi ha offerto l'aiuto del Policlinico, l'on. Casalini quello dell'Istituto per le madri ed i lattanti, l'O. quello dell'ambulatorio e del laboratorio dell'Ospedale di S. Lazzaro.

Esso chiede ai presenti la più fervida collaborazione personale e quella degli Istituti in cui prestano la loro opera; se essa non mancherà Torino potrà vantare la fondazione del primo Istituto funzionante in Italia per la visita prematrimoniale.

Forme cliniche non comuni di eredolues nell'infanzia.

Prof. MACCONE. — L'O. attira l'attenzione su alcune forme cliniche luetiche asintomatiche, o per meglio dire con sintomatologia non comune, che vengono però confermate dalle reazioni sierologiche positive e specialmente dall'esito favorevole della cura specifica.

Descrive quindi un caso di *infantilismo* con *criptorchidia doppia;* tre casi di *balbuzie leggera* e di *tic;* un caso di *Morbo del Parrot* (corredato dalle radiografie degli arti ammalati), in cui la lesione ossea fu svelata da gridii spontanei e provocati con la pressione sulle ossa lunghe. In tutti i casi le cure specifiche mercuriali, arsenobenzoliche e bismutiche portarono a guarigione più o meno completa le lesioni ed i disturbi funzionali.

Pseudo paralisi del Parrot guarita con gli arsenobenzoli (con presentazione di radiografie).

Dottori LAURA e REVIGLIO. — Una bambina nata da tabetici, presentava corizza, sifiloderma ma-

culo-papuloso e lesioni articolari a tipo suppurativo e a tipo di pseudo-paralisi ad una spalla e ad un'anca. Le iniezioni intramuscolari di arsenobenzoli, oltre l'intervento locale nella articolazione suppurata, guarirono completamente le lesioni, come dimostrano le radiografie eseguite prima e dopo la cura.

Valore dell'indagine roentgenografica nello studio delle lesioni da sifilide congenita nelle ossa lunghe del lattante (1).

Dott. G. M. REVIGLIO. — Sulla scorta di numerose roentgenografie l'A. descrive le immagini delle diverse osteopatie prodotte dalla sifilide congenita nelle ossa lunghe del lattante e dimostra l'importanza dell'indagine roentgenografica sistematica dello scheletro degli arti, la quale permette in certi casi di rilevare lesioni ossee che l'esame clinico non è in è grado di mettere in evidenza.

Egli inoltre fa rilevare quale prezioso aiuto sia l'indagine roentgenografica nel seguire lo sviguire lo sviluppo delle varie affezioni descritte, nel precisarne gli esiti, nel valutare l'efficacia della cura instituita.

Conclude augurandosi che le constatazioni fatte in proposito possano attirare maggiormente l'attenzione del pediatra poichè dal punto di vista clinico e terapeutico la conoscenza che esse meritano ha una grande importanza.

Alterazioni della prima dentizione da eredolue.

Prof. PICCARDI. — L'O. presenta una bambina, certamente eredo-luetica affetta da carie e perialveolite contemporanea degli incisivi superiori della prima dentizione, da cui deduce che le distrofie dentarie sono probabilmente conseguenza di lesioni infiammatorie precedenti.

Tutte le relazioni e comunicazioni sono seguite da interessanti discussioni, a cui prendono parte molti degli intervenuti, in base alle quali viene concordato un ordine del giorno a cui si darà la massima diffusione e sarà presentato alle Autorità direttamente interessate alla applicazione della legge sulla assistenza della maternità e della infanzia.

ORDINE DEL GIORNO:

« La «Riunione per lo studio della sifilide congenita» tenutasi in Torino l'8 maggio 1927 per iniziativa del Gruppo Piemontese della Società Italiana per gli Studi sessuali, con l'adesione e col concorso della Sezione Piemontese della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, della Società Italiana di Pediatria e della Associazione professionale dei Dermosifilografi italiani, allo scopo di collaborare con il Governo Nazionale alla elevazione fisica e all'incremento della razza italiana, mediante l'assistenza della maternità e dell'infanzia, dimostrando l'azione nefasta della lue sulla procreazione ed additando i mezzi per combatterla, richiama anzitutto l'attenzione dei Poteri dello Stato e di tutte le Autorità interessate su quanto di veramente importante e di pratico per la soluzione del grave problema è emerso dalle Relazioni e dalle Comunicazioni dei competenti e dalle ampie discussioni che ne seguirono:

1) la sifilide congenita, pur non essendo in Italia diffusa come in altre Nazioni più gravemente colpite, costituisce tuttavia una delle più gravi cause di depopolazione, di polimortalità infantile, di malattie di debilitazione e minorazione della razza, per cui molti individui divengono inutili ai fini nazionali e costituiscono un peso morto per la Società; la lue congenita infatti ha subìto un notevole aumento dopo la guerra, non tende ancora ad abbassarsi e si aggira attualmente dal 7 % (Torino) al 28 % (Napoli) di morbilità e sul 2 % di mortalità (Brefotrofio di Torino);

2) la trasmissione ereditaria della sifilide dai genitori alla prole non è ineluttabile, potendo essere facilmente evitata mediante una più larga conoscenza da parte del medico pratico delle forme palesi ed occulte dell'infezione e mediante il funzionamento di speciali organizzazioni che riescano a scoprire l'infezione nell'individuo e nella famiglia e a curarla convenientemente;

3) la profilassi della sifilide congenita, oltre che con tutti i mezzi di profilassi individuale indubbiamente utili, in quanto diminuiscono la sifilide dei procreatori, consiste nel perfezionamento dei mezzi diagnostici e terapeutici delle organizzazioni adatte già esistenti, quali i dispensari celtici, gli ambulatori per visita dei bambini, i dispensari dei lattanti, le cliniche ed i reparti dermosifilopatici, ostetrici e pediatrici, e nella creazione *ex novo* di altre istituzioni, quali le consultazioni prematrimoniali e le consultazioni prenatali per le gestanti, che eviterebbero da una parte il matrimonio sino a che i luetici non siano diventati innocui e dall'altra impedirebbero i disastrosi effetti sulla prole quando matrimonio e concepimento siano avvenuti;

4) queste istituzioni, perchè possano funzionare con regolarità e larghezza di mezzi, dovranno essere organizzate e mantenute dallo Stato, dalle Provincie e dai Comuni e sussidiate dal fondo stanziato dal Governo per l'assistenza della maternità e dell'infanzia, costituendo esse effettivamente un valido aiuto alla applicazione pratica della provvida legge.

Rilevando infine dalle statistiche estere e nazionali i benefici effetti che dimostrano sulla gravidanza e sulla sifilide congenita gli arsenobenzoli, ben tollerati dalle gestanti e dai neonati;

La riunione, associando la sua richiesta alle precedenti di altre associazioni scientifiche, fa voti che questi rimedi, come gli altri moderni antiluetici, vengano distribuiti gratuitamente dallo Stato a tutti gli Istituti destinati alla cura della sifilide congenita ed acquisita, con la certezza che una lotta intrapresa con grandi e larghi mezzi riuscirà in breve tempo a ridurre ai minimi termini la diffusione della sifilide e ad evitare le sue nefaste conseguenze sull'individuo e sulla collettività, dando così la dimostrazione che la Nuova Italia, anche nel campo della profilassi delle malattie sociali, è all'avanguardia delle grandi Nazioni ». Prof. G. PICCARDI.

---

(1) Il lavoro verrà pubblicato integralmente nella rivista *Clinica ed Igiene infantile*.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

L'interrogatorio nella pratica ginecologica.

È questa una parte assai delicata dell'opera del medico. Vi sono malate cui bisogna strappare le risposte una per una faticosamente, mentre altre sono di una loquacità e prolissità veramente spaventosa. Altre poi cercano a bella posta di ingannare il medico che le interroga e sono queste le più pericolose. (L. M. Pierra. *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1927, n. 5).

È necessario per tutti questi motivi di condurre l'interrogatorio secondo un piano sistematico e sopratutto completo, non tralasciando tuttavia qualche volta di passare da un argomento a l'altro senza ordine apparente onde fare ignorare alla paziente dove si vuole arrivare.

L'A. formula uno schema di interrogatorio assai completo.

Una triade sintomatica domina la vita genitale della donna: i disturbi della mestruazione, i flussi patologici, i dolori addomino-lombari. Questi sintomi locali si accompagnano spesso con sintomi di vicinanza e con disturbi della salute generale. Gli uni e gli altri evolvono su di un terreno particolare che è formato dagli elementi ereditari e personali acquisiti dalla malata.

1) *Mestruazione e suoi disturbi.* — Bisogna anzitutto informarsi dell'età della comparsa delle mestruazioni e precisare le condizioni di eventuale anticipo o ritardo della pubertà. Si ricercherà quale sia stata l'evoluzione della mestruazione al suo inizio e quali i caratteri in seguito (periodicità, durata, abbondanza, dolori). Se la malata ha sorpassato la menopausa occorrerà rilevare l'età della soppressione dei mestrui.

2) *Secrezioni patologiche.* — Sono chiamate dalle malate col nome di « perdite » e classificate in due gruppi: perdite rosse e perdite bianche. Le metrorragie sono frequenti: in loro presenza ci si informerà intorno alla loro frequenza, abbondanza, intorno alla natura del sangue, alle occasioni che le fanno comparire o scomparire.

Le perdite bianche sono ancora più frequenti: si domanderà l'epoca della loro comparsa (pubertà, matrimonio), le circostanze che l'hanno accompagnata e sopratutto i loro caratteri (abbondanza, consistenza, continuità o intermittenza, colore, odore).

3) *Dolori.* — La loro intensità varia da una malata a l'altra e non è sempre in rapporto con la gravità del male. Più importante è la sede: il loro punto di partenza può essere mediano, mono- o bilaterale; essi possono essere unicamente addominali o pure lombari; possono avere irradiazioni varie verso i lombi o le coscie.

Si analizzeranno in fine con cura i caratteri dei dolori: se sono spontanei o provocati; se sono costanti o intermittenti o periodici; se acuti o sordi; se si manifestano sotto forma di coliche o con un semplice senso di fastidio o di peso al basso ventre o all'ano.

4) *Disturbi di vicinanza.* — Interessano la vescica, il retto ed i nervi e vene degli arti inferiori.

Per quanto riguarda le vie orinarie ci si informerà della quantità delle orine, della frequenza delle minzioni e delle eventuali sensazioni dolorose che le accompagnano.

I disturbi relativi al retto consistono in costipazione, premiti, tenesmo oppure sono fenomeni infiammatori; feci muco-membranose o sanguinolente.

Alcune malate accusano nevralgie lungo il decorso dello sciatico, che non hanno però grande valore patognomonico. Altre pazienti si lamentano di edemi agli arti inferiori, altre infine hanno avuto la flebite.

5) *Disturbi della salute generale.* — Sono prodotti dalle affezioni genitali croniche che si ripercuotono su quasi tutti gli apparati: avremo così disturbi della digestione, consistenti in vomiti, dispepsia, dilatazione dello stomaco; disturbi nervosi come depressione, astenia, melanconia; disturbi circolatori (iposistolie nei grossi fibromi); disturbi respiratori (emboli polmonari); disturbi renali consistenti in pielonefrite da colibacillo; avremo infine alterazioni delle condizioni generali come dimagramento, febbri, brividi, ecc.

6) *Terreno.* — È importante informarsi con cura della salute dei parenti (genitori e collaterali) ricercando eventuali infezioni tubercolari e sifilitiche. Si vaglieranno gli antecedenti personali della paziente rivolgendo l'attenzione a quelle malattie che, come gli orecchioni, la scarlattina, il tifo, la blenorragia e la febbre puerperale sono suscettibili di ledere l'utero e le ovaie.

Infine si studieranno con cura particolare gli antecedenti ostetrici della paziente.

VICENTINI.

La diagnosi della sterilità di origine tubarica. Insufflazione e iniezione di lipiodol.

Le ricerche di questi ultimi anni hanno permesso di precisare che la causa di un certo numero di casi di sterilità femminile, risiede

nella obliterazione tubarica: l'insufflazione delle tube e l'iniezione di sostanze opache sotto il controllo dei raggi X, sono processi che permettono di diagnosticarla.

Francillon-Lobre (*Le Bulletin Médical*, 1927, n. 14) consiglia di ricorrere a tale ricerca tutte le volte che l'esame del marito non abbia messo in luce nessuna malformazione anatomica o fisiologica e che l'esame dello sperma abbia provato l'esistenza di numerosi spermatozoi vitali.

Costituiscono controindicazioni: i tumori, le cisti ed i processi infiammatori utero-annessiali.

L'insufflamento se ha il vantaggio di poter essere fatto a casa della paziente, ci rivela però soltanto l'esistenza della obliterazione e se questa è mono- o bilaterale; invece la iniezione intrauterina di lipiodol permetterà di precisare la sede della obliterazione, diagnosi che ha grande importanza dal punto di vista terapeutico e chirurgico.

La ricerca si farà sempre alcuni giorni prima della mestruazione, momento più favorevole, e si ripeterà al termine di questa. VICENTINI.

CASISTICA E TERAPIA.

La classificazione dei gozzi.

A. E. Hertzler (*Endocrine Survey*, febbr. 1927), sulla base di 600 casi ritiene anzitutto un errore di dividere i gozzi in tossici e non tossici; questi ultimi possono essere meglio definiti come « non ancora tossici ».

Due grandi divisioni possono farsi: il gozzo colloide e quello adenomatoso. Quello colloide comprende i gozzi in cui l'aumento della colloide negli acini è la causa dell'aumento del volume della ghiandola; questo, invece, nei gozzi adenomatosi è dovuto alla proliferazione ghiandolare.

I gozzi colloidi comprendono quello semplice degli adolescenti, quello interstiziale, quello lobulato e quello in degenerazione colloide. I gozzi adenomatosi sono adenomi fetali, tossici e papillari.

Il gozzo semplice degli adolescenti va trattato semplicemente con lo jodio. Per quello interstiziale, l'A. consiglia gli joduri, i bromuri e l'estratto pituitario. Nelle altre forme di gozzo colloide ed in tutti gli adenomi, l'A. ritiene necessaria l'operazione seguita poi da adeguato trattamento. *fil*

Il riconoscimento dei malati di gozzo esoftalmico non adatti alla tiroidectomia.

I sintomi caratteristici per la diagnosi di gozzo esoftalmico sarebbero, secondo W. Bartlett (*Jour. A. M. A.*, 16 ott. 1926) i sei seguenti: segni oculari tipici; rumori e fremiti sui grossi vasi; sintomi vasomotori (vomito, diarrea e sudori); irritabilità nervosa; disturbi mentali; crisi e remissioni nel decorso della malattia. Ritrovati nel paziente tutti o in parte tali sintomi, bisogna studiare se non esistano altri fatti morbosi che controindicano o che, per lo meno, consigliano di rinviare l'intervento.

Tali fatti sono i seguenti:

1) metabolismo alto: in generale si preferisce di avere delle cifre che siano al disotto del 40:100,

2) aumento dell'azoto sanguigno: un'azotemia alta indica che il rene è contemporaneamente malato;

3) ipersensibilità alla deficienza di ossigeno, svelabile facendo trattenere il respiro al soggetto, il che può esser fatto normalmente per 40-60 m'';

4) pressione sanguigna troppo bassa, dovuta a insufficienza miocardica;

5) perdita forte del peso corporeo;

6) mancanza di auto-controllo, svelabile durante un'anestesia parziale;

7) lesioni cardiache;

8) epilessia e psicopatie;

9) stato di gravidanza.

Si può, usando vari mezzi, preparare il paziente alla tiroidectomia, anche nel caso in cui esista una delle controindicazioni su accennate; e tali mezzi sono rappresentati fondamentalmente dal soggiorno in ospedale adatto, dalle cure radioterapiche, ipodermiche e dalle legature, e, infine, dall'eliminazione degli eventuali focolai settici nei denti, tonsille, reni, prostata, ecc.

Vi è però un certo numero di malati pei quali esiste una controindicazione assoluta, costituita in special modo dalla tireotossicosi accentuata e dalle malattie gravi intercorrenti.

Attenendosi a tali criteri, la mortalità dei tireotomizzati si manterrebbe sempre in limiti assai modesti. M. FABERI.

Malattia di Basedow e cura jodica.

I timori di Kocher circa il trattamento jodico nel gozzo esoftalmico e la sua dannosa influenza sulla malattia, basati sull'osservazione clinica di casi di gozzo semplice trasformati in Basedow in seguito a cura jodica, non sono più giustificati dopo le ricerche degli ultimi anni dovute specialmente ad autori americani. Si è isolata dalla tiroide la tiroxina, sostanza capace di mantenere il metabolismo basale a un livello costante, si è suddiviso il gozzo maligno in morbo di Basedow vero e proprio e in adenoma tossico (gozzo basedowificato dei francesi). Sarebbe troppo lungo voler esporre i caratteri differenziali delle due

forme. La prima consisterebbe in un ipo- e distiroidismo, la seconda in un ipertiroidismo puro. E basandosi sulla insufficiente jodizzazione della tiroxina nel Basedow che si fecero i primi tentativi di cura jodica in seguito generalizzatisi.

M. Landau (*Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n. 36, 2 dicembre 1926) descrive un caso di Basedow in cui i disturbi migliorarono considerevolmente con una cura di XX gocce al giorno in due volte di liquido di Lugol, durata quattordici giorni. Il malato riacquistò 5.500 kg. di peso, le pulsazioni scesero da 100 a 87 al minuto, il metabolismo basale migliorò notevolmente, la curva di iperglicemia provocata ridivenne quasi normale, il volume del gozzo diminuì.

Soppresso lo jodio per una settimana (*experimenti causa*), ritornarono i sintomi tossici con la primitiva intensità. La ripresa della cura segnò l'inizio di un nuovo periodo di miglioramento. L'influenza della cura jodica nel Basedow non è duratura, ma sensibile e merita di essere sfruttata, associata o no all'intervento chirurgico. Essa è invece controindicata nell'adenoma tossico.

GARRONE.

Il trattamento del reumatismo articolare acuto.

F. Casasbellas (*Archivos de la Clinica medica*, Santiago, v. I, n. 1) prescrive 1 grammo di salicilato di sodio con 2 di bicarbonato, uniti in cartine, che si fanno prendere, una ogni due ore di giorno (ogni 4 nella notte), disciolte in una tazza di latte. Il paziente prende così 8 grammi di salicilato nelle 24 ore. Se dopo 1-2 giorni, i fenomeni reumatici e la febbre continuano o tendono ad aggravarsi, si aumenta di 1-2 grammi al giorno fino ad arrivare eventualmente a 20-24 grammi nelle 24 ore. Si diminuisce poi gradatamente fino alla scomparsa dei fenomeni articolari e della febbre.

Nelle forme gravi e nei casi di intolleranza gastrica, si sostituisce il trattamento orale con quello endovenoso, a dosi di 1-3 grammi al giorno. Nei pazienti con vene grandi e numerose, si possono usare soluzioni concentrate del 18-24 %: Salicilato di sodio g. 0,90-1,20; Caffeina cg. 2-6; Acqua dist. g. 5. Per una fiala; se ne usano 2-3 al giorno.

Nei pazienti con vene delicate si usa la soluzione al 10 %, aggiungendovi il glucosio che evita la sclerosi venosa. Salicilato di sodio, Glucosio, ana g. 1; Acqua dist. g. 10. Per una fiala; 2-3 al giorno.

In media la durata del trattamento si prolunga per 45 giorni circa. Se i dolori e la febbre cedono soltanto al 5°-8° giorno, si continuano le grandi dosi per 15-20 giorni a meno che non esista intolleranza definita.

In presenza di lesioni endo- o miocardiche, si manterranno inflessibilmente le grandi dosi. Quando si tratta di antichi cardiaci, in cui si è verificato un attacco di reumatismo articolare acuto, non si deve rinunciare al salicilato, ma somministrarlo con prudenza associandovi i tonici cardiaci.

Passato il primo periodo di attacco, l'A. consiglia di continuare la cura salicilica per 12-18 mesi, somministrandola per 10 giorni al mese.

In complesso, le basi razionali della terapia del reumatismo articolare acuto sono la precocità del trattamento salicilico, le dosi sufficienti ed il prolungamento della cura per 1-2 anni.

fil.

Il trattamento dell'influenza.

J. H. Hurst (*Lancet*, 19 febb. 1927) raccomanda per l'influenza una formola che egli ha largamente sperimentato nell'epidemia del 1918 e che consta di: Cloridrato di chinino, Canfora monobromata, esametilentetramina, ana cg. 12 e Blu di metilene cg. 6; si mette in capsule, di cui se ne dà una all'inizio ed un'altra dopo 4 ore; non darne più di 4 nelle 24 ore, bastando, in generale, due nelle prime 24 ore ed una nel secondo giorno.

Consiglia poi: riposo in letto, lassativi, abbondante tè caldo, fatto di fresco, con aggiunta di panna e di zucchero. Evitare i derivati del catrame, l'acido salicilico ed altri prodotti che deprimono il cuore.

fil.

Il salvarsan intracheale nei processi fetidi respiratori.

La via tracheale, all'infuori di alcuni specialisti, non ha dato brillanti risultati per la somministrazione di medicamenti: la preferenza va data al metodo che permette l'introduzione di grandi dosi di sostanze da iniettarsi attraverso la glottide, per via intercrico-tiroidea, per tracheo-fistolizzazione. Tra i processi curati in tal modo si noverano gli ascessi, le gangrene le bronco-polmoniti, le bronchiti, l'asma, le bronchiettasie, la tubercolosi, le pleuriti. Sono stati adoperati il gomenolo, il guaiacolo, la resorcina, la canfora, l'eucaliptolo, il bleu di metilene, il nitrato di argento, l'argirolo, la bile, sieri, vaccini, ecc. ecc.

Come veicolo si usa l'olio che è meno irritante ed è capace di portare all'immunità non specifica, mobilizzando i macrofagi.

Castex, Heidenreich, Repetto (*Bulletin de l'Acad. méd.*, 1926, n. 6), hanno usato il neosalvarsan in un malato con gangrena polmonare datante da quattro anni: il salvarsan è stato usato in dosi progressive in soluzione acquosa od idroglicerica per via intercrico tiroidea. L'anestesia tracheale con la stessa via per mezzo di novocaina all'1 % Nell'espettorato fetido si trovavano abbondanti

bacilli fusiformi, spirilli e spirocheti, altre a flora abbondante banale. Dopo la prima iniezione, tosse intensa con broncorrea: l'indomani era scomparso il fetore, e cinque giorni dopo i bacilli fusiformi: dieci giorni dopo nuovamente fetore scomparente dopo ogni iniezione crescente di salvarsan. Le due prime iniezioni produssero lieve e transitoria febbre. La broncorrea fu arrestata con la morfina. MONT.

Il bismuto nella sifilide.

T. Anwyl-Davies (*Lancet*, 22 gennaio 1927) osserva anzitutto che l'intolleranza al bismuto si manifesta con perdita dell'appetito, dimagramento, depressione e sonnolenza; si può, ma non sempre, osservare orlo bleu alle gengive; talora si hanno neuriti periferiche e albuminuria, talora una dermatite. Talora durante la cura si è sviluppata un'angina di Vincent.

L'azione terapeutica è lenta, e non può detronizzare il salvarsan; è quasi alla pari con quella del mercurio, e lo supera negli esperimenti sui conigli.

Controindicazione assoluta al suo uso è la stomatite, che può curarsi mercè iniezioni di tiosolfato sodico (gr. 0.45-0.90 *pro die*) in acqua distillata, preferibilmente sottocutanee profonde anzichè endovenose, le quali non danno febbre. Nelle lesioni renali pare meglio tollerato il bismuto che il mercurio. Spesso conviene alternare i vari antiluetici, per combattere le spirochete resistenti ad uno di essi.

Il bismuto fa scomparire lentamente la R. W., e può dare la reazione di Herxeimer.

Il meno tossico è il bismuto metallico. Le lesioni terziarie della bocca e la tabes sembrano venire influenzate più favorevolmente dal bismuto.

Non è da tacere che Kolle ed Evers hanno talora osservato per l'uso del bismuto un'azione stimolante anzichè curativa, che essi chiamano inibitoria. DORIA.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La permeabilità capillare della cute.

Le cellule endoteliali dei capillari, indipendentemente da ogni elemento muscolare avventiziale, posseggono, al pari di ogni altra cellula, la proprietà di modificare lo stato della loro membrana, nel senso di accrescerne o diminuirne la permeabilità; tali modificazioni portano di conseguenza dei cambiamenti di calibro dei capillari. Le modificazioni della membrana sono in dipendenza: 1) dalla concentrazione in H-joni dei tessuti e degli umori, che implica modificazioni dell'equilibrio degli altri joni; 2) dall'azione dei diversi ormoni; 3) dal sistema nervoso autonomo.

Per mettere in evidenza i diversi gradi di permeabilità dei capillari, W. P. Petersen (*Archives of int. medicine* e *Presse médicale*, 26 marzo 1927) usa il metodo del vescicante, che permette altresì di rendersi conto del tono delle arteriole. L'aumento di permeabilità dei capillari va di pari passo con la riduzione del tempo necessario per la formazione della flittena. Il ritardo nella formazione di questa indica un aumento del tono simpatico, un'accelerazione, un tono parasimpatico esagerato per quanto riguarda la cute.

Si applica il vescicante all'avambraccio per 6 ore e si sorveglia il momento di comparsa della flittena. Si determina col refrattometro il contenuto in proteine dell'essudato e del sangue. Il rapporto fra proteine dell'essudato e quelle del sangue costituisce l'indice di permeabilità. Si stabilisce poi il rapporto fra questo ed il tempo di formazione della flittena, che indica il tono delle arteriole.

Il massimo di permeabilità dei capillari e del tono parassimpatico si ha nelle dermatiti generalizzate (dermatite esfoliativa od erpetiforme, eczema).

Lo scompenso cardiaco si accompagna ad aumento di permeabilità, il che si accorda con la tendenza agli edemi; quando esso risulta da alterazioni renali o da arteriosclerosi, il tono dei capillari cutanei può rimanere di orientazione simpatica.

Nelle infezioni acute, l'aumento di permeabilità accompagna un tono normale o di orientazione simpatica. Tale aumento di permeabilità persiste anche dopo la defervescenza. La tubercolosi presenta una permeabilità normale o diminuita con tono simpatico normale o, più spesso, aumentato nel senso simpatico. Il miglioramento coincide con una diminuzione della permeabilità.

L'ulcera gastrica si accompagna a permeabilità relativamente elevata; il cancro ad una bassa, ma forse l'età influisce su questo risultato.

Nel gozzo esoftalmico, il tono parasimpatico delle arteriole è assai marcato e la flittena si forma rapidamente, ma la permeabilità può essere scarsa od elevata; nel primo caso, si ha pressione sanguigna esagerata.

Il morbo osseo di Paget ed il reumatismo cronico deformante offrono una permeabilità aumentata e così pure il parkinsonismo post-encefalitico e l'obesità. Il parallelismo fra le variazioni del calcio del sangue e quelle della permeabilità nel morbo di Paget dimostra che questa dipende anche dall'equilibrio degli joni.

In seguito ad infezioni chirurgiche, la permeabilità aumenta e così pure nelle affezioni oculari che si accompagnano a vivi dolori; queste modificazioni possono stare in rapporto con l'anestesia o con il riassorbimento delle albumine o sono un effetto riflesso.

Nella gravidanza l'indice di permeabilità è generalmente normale (in media 70,5). Durante il parto esso diminuisce e così pure diminuisce il tempo di formazione della flittena, ciò che dimostra un aumento del tono simpatico delle arteriole cutanee. Nel *post-partum*, la permeabilità aumenta leggermente (73,6).

Nella psicosi puerperale, nell'eclampsia e nell'infezione puerperale, si trovò aumento della permeabilità. Ciò può essere messo in rapporto col tempo di riassorbimento della soluzione fisiologica iniettata nel derma, tempo che nell'eclampsia è diminuito. *fil.*

VARIA.

La morte di Francesco Cenci.

La terribile tragedia che sul finire del secolo decimosesto condusse al patibolo Beatrice Cenci con due altri membri di quella potente e perversa famiglia romana commosse profondamente l'opinione pubblica dell'epoca. Essa diede origine a leggende più o meno fantastiche e argomento a numerosi scritti apologetici in vario senso.

È merito di Corrado Ricci di aver recentemente rievocato il sanguinoso dramma familiare iniziatosi colla uccisione di Francesco Cenci, senza alcuna tesi preconcetta, esaminando con acume e diligenza il materiale documentario del processo, e completandolo con indagini accessorie di grande valore (1).

La leggenda popolare, raccolta anche dal Ricci fra gli abitanti della Petrella (la rocca colonnese dove il Cenci aveva confinato la sua seconda moglie Lucrezia e la figlia Beatrice, e dove si svolse il dramma iniziale) riferisce: « Il padre insidiò la figlia, questa si vendicò piantandogli uno spadino in un orecchio e gettandolo dalla finestra ».

Risulta invece acquisito con certezza che Francesco Cenci, uomo violento e dissoluto, fu ucciso da Olimpio Calvetti, castellano della rocca, e da Marzio Catalano, per istigazione di Beatrice e degli altri figli, stanchi delle vessazioni e delle crudeltà del padre disumano. Olimpio Calvetti si fece sicario sotto la fatale suggestione di Beatrice, di cui era divenuto l'amante; il Catalano agì per speranza di lucro e per paura di Olimpio e di Beatrice.

Il delitto si svolse il 9 settembre 1598. Un tentativo di avvelenamento con l'oppio e con una radice rossa (atropa mandragora? atropa belladonna?) eseguito due giorni prima non era riuscito; così il progetto, ventilato alcune settimane prima, di fare catturare e uccidere Francesco dai banditi che infestavano la regione.

(1) CORRADO RICCI. *Beatrice Cenci*. Fratelli Treves, editori. Milano, 1926.

La mattina per tempo Beatrice col Calvetti e col Catalano irrompono nella stanza di Francesco Cenci. Il Calvetti è armato di « un martello da lombardo », uno di quei martelli da muratore a due becchi, piatto l'uno e acuto l'altro; il Catalano brandisce « uno stenderello da far lasagne »; il primo avrebbe dovuto stringere il Cenci alla gola e percuoterlo sul capo col martello, l'altro alle gambe con lo stenderello in modo da impedirgli di alzarsi per colluttarsi coll'assalitore.

Il feroce vecchio si svegliò di soprassalto e si sollevò sul letto chiedendo: « Che cosa è questa? » Ma il Calvetti premendogli fortemente il petto colla mano sinistra, lo percosse più volte col martello sul capo, sia colla parte piatta che con la punta. Il Cenci cadde morto senza dare nè un grido nè un gemito.

Per simulare una morte naturale i congiurati pensarono di precipitarlo da un mignano, sorta di balconata in legno sporgente dalla facciata, e a tale scopo demolirono il pavimento del balcone, e attraverso il foro così praticato (che avrebbe dovuto far credere a uno sfondamento spontaneo sotto il peso del Cenci) fecero passare il cadavere, che cadde nell'orto sottostante schiantando rami e rompendo arbusti.

Il cadavere dalla folla accorsa alle grida di Beatrice e della matrigna Lucrezia, fu sollevato, spogliato, lavato dal sangue.

Il prete Don Tommasini, accorso anche esso, così descrisse al processo le lesioni osservate sul corpo del Cenci. Le ferite erano tre: due sulla tempia destra e una, pur da quella parte, presso l'occhio; la prima « pareva fatta con un'arma tagliente come d'accetta, perchè il taglio era largo ed era della lunghezza di un dito »; l'altra era più piccola; ma la più grave appariva quella presso l'occhio, la quale « sfondava e mostrava di essere fatta con un ferro da punta ».

Abbiamo visto la descrizione delle ferite fatta dal teste Don Tommasini. Si aggiunga la constatazione, di poca importanza, di una contusione al dorso della mano sinistra, forse riportata nella breve e violenta colluttazione. Di lesioni agli arti inferiori non è fatta menzione, probabilmente per la mancanza di scontinuità nell'apparato scheletrico: evidentemente il Catalano aveva proceduto con mediocre impegno nella ignobile impresa, trascinato come era stato ad essa più che altro dalla paura.

Non è difficile ricostruire dal materiale documentario arrecato dal Ricci i caratteri e la varia gravità delle lesioni riportate nell'aggressione dal Cenci e che ne determinarono la morte, e formulare, malgrado la mancanza di autopsia, una specie di perizia retrospettiva.

Delle ferite una, la più piccola della regione temporale destra, aveva poca importanza: pro

dotta verosimilmente dalla punta del martello interessava certamente le sole parti molli pericraniche. L'altra ferita più ampia, prodotta evidentemente dal tagliente del martello doveva interessare la pelle, l'aponeurosi e il muscolo temporale senza lesione ossea, altrimenti sarebbe stata rilevata dal teste Don Tommasini, il quale parlando della terza ferita dice che « sfondava ». Questa ultima appunto appare la più importante e grave: risiedeva più anteriormente, « presso l'occhio », al livello del margine orbitale ed era evidentemente diretta verso la cavità orbitaria; e doveva aver prodotto una grave lesione del bulbo, se l'Arciprete di Petrella Don Scossa, parlando al processo della donna che chiuse gli occhi al cadavere di Francesco, dice che fu chiuso solamente « l'occhio manco, perchè il dritto s'era annegato ».

Questa ferita doveva essere molto profonda, se Don Scossa, parlando delle due donne che lavavano il cadavere, dice che una di queste, parlando ai circostanti delle ferite, per dimostrare la profondità di quella prossima all'occhio vi cacciò dentro un dito.

Inoltre questa ferita si accompagnò ad una gravissima emorragia. « Era una ruina! » dirà il Catalano al giudice. « Lì nel letto [il sangue] sfondò i materassi e la lana e insanguinò tutte le lenzuola e la camicia ». E allorchè il cadavere fu lavato, quando l'acqua cominciò a sciogliere il sangue « congelato » che chiudeva le ferite, *queste* (dice il Ricci) ripresero a sanguinare e a rigargli il volto (evidentemente doveva essere solo la ferita paraorbitaria, poichè quelle della regione temporale non potevano, a cadavere coricato, rigare il volto di sangue).

Perchè questa grave emorragia? Verosimilmente il corpo feritore, penetrato nell'orbita, aveva raggiunto in profondità qualche cospicuo vaso: il seno cavernoso, o forse anche la carotide interna.

La ferita paraorbitaria era senza dubbio la più grave, ed essa determinò la morte del Cenci. Ma per quale meccanismo?

Non certo per l'emorragia dovuta alla lesione vasale, perchè in tal caso la morte non sarebbe stata così immediata.

C'è da supporre che il corpo feritore, diretto (come dimostra la lesione del globo oculare) dall'esterno all'interno e dall'avanti all'indietro, e cioè verso il piano sagittale mediano del capo, dopo aver sfondato la parete orbitaria e lacerato il seno cavernoso (e forse anche la carotide interna), si sia ulteriormente approfondato fino a raggiungere il bulbo. Così si spiegherebbe il carattere fulmineo della morte: per la lesione di questo importantissimo nodo vitale del corpo umano. Il bulbo dista dal margine esterno dell'orbita 8 o 9 centimetri, e cioè appunto la lunghezza di un dito (abbiamo visto che la cinica donna che lavava il cadavere aveva potuto affondare nella ferita il suo dito).

Descritti così i caratteri delle varie ferite, forse è possibile ricostruire persino l'ordine della successione di colpi che il Calvetti inferse al Cenci. È verosimile che egli lo abbia colpito prima colla parte tagliente del martello, ritenendola la più micidiale (e produsse così la ferita più ampia della regione temporale); ma non avendo raggiunto lo scopo, rivolse l'arma e colpì colla parte aguzza (producendo la ferita più piccola della regione temporale); e poichè neanche con questo secondo colpo era riuscito ad abbattere la vittima, egli colpì ancora, senza cambiare direzione all'arma, con raddoppiata violenza; questa volta la punta dello strumento cadde sul margine orbitale, scivolò entro la cavità orbitaria ove incontrando minor resistenza si conficcò nel cranio fino a raggiungere il bulbo, e determinò la morte immediata del Cenci.

Che la ferita che io ritengo l'ultima e la certamente mortale possa essere invece stata la prima non sembra ammissibile: il Calvetti avrebbe continuato a colpire senza necessità.

Che fosse stata invece la prima la ferita più lieve della regione temporale prodotta dalla punta del martello è anche meno ammissibile: il Calvetti avrebbe dovuto ad ogni colpo rovesciare l'arma; ciò che appare assurdo, data anche l'ansia, la concitazione, la fretta di condurre a termine l'atroce impresa.

Concludendo, la diagnosi della *causa mortis* di Francesco Cenci potrebbe a mio parere essere così formulata:

Ferita d'arma da punta penetrante nel cranio attraverso la cavità orbitaria destra, con scoppio del globo oculare, lacerazione del seno cavernoso e lesione del bulbo.

Morto il Cenci, sembra che un fato implacabile sospinga inesorabilmente autori e complici del delitto verso l'estrema rovina.

Il 12 febbraio 1599, cinque mesi dopo l'assassinio, Marzio Catalano muore a Roma in carcere durante il processo in seguito agli strazi della tortura, subita per tre volte.

Il 15 maggio dello stesso anno Olimpio Calvetti viene ucciso a tradimento sulla strada fra Piediluco e Cantalice, in un agguato organizzato da Monsignor Guerra, « compagno dei giovani Cenci nelle malvagie scorribande notturne »: si temeva evidentemente che egli, fuggiasco, se arrestato, avrebbe scaricato le responsabilità del delitto su Beatrice.

Il giorno 11 settembre 1599 Beatrice, Lucrezia e Giacomo Cenci lasciano la vita sul patibolo, giustiziati pubblicamente sulla piazza davanti Castel S. Angelo.

GINO PIERI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

Delucidazioni esplicative delle nuove disposizioni concernenti la sanità pubblica.

Pubblicammo nel numero precedente il testo della legge 23 giugno 1927, n. 1070, che contiene disposizioni varie sulla sanità pubblica. Segnaliamo ora, con brevi delucidazioni, le innovazioni più importanti.

Denunzie. — L'art. 154 della legge di pubblica sicurezza T. U. 6 novembre 1926, n. 1848, fa obbligo agli esercenti la professione di medico chirurgo di denunziare all'autorità di P. S., entro due giorni, le persone affette da malattia di mente, pericolose a se stesse o ad altri, o affette da cronica intossicazione prodotta da alcool o da altre sostanze inebbrianti o stupefacenti, sia che abbiano prestato ad esse l'opera loro, sia che, comunque, ne abbiano conoscenza nell'esercizio della professione.

L'art. 9 della legge 23 giugno 1927, sostituito all'art. 55 del T. U. delle leggi sanitarie, regola le denunzie per fini di sanità pubblica e, mentre alla lettera *a)* ripete l'obbligo della denunzia della malattia che è stata causa di morte, aggiunge alla precedente disposizione dell'art. 55 l'obbligo di denunziare in modo circostanziato al medico provinciale, entro due giorni, ogni caso di aborto per il quale il medico abbia prestato la propria opera e del quale sia venuto comunque a conoscenza. Tale denunzia deve rimanere segreta.

L'art. 55 del T. U. obbligava gli esercenti la professione sanitaria ad informare il medico provinciale dei fatti e delle circostanze che possono interessare la pubblica salute. Questo obbligo ora è più esteso, perchè la denunzia deve essere fatta anche all'ufficiale sanitario.

E' da notare che, in caso di condanna per violazione dell'obbligo della denunzia stabilito dall'art. 9, la sentenza passata in giudicato è comunicata all'Ordine dei medici chirurgi per l'applicazione dell'art. 8, lett. *c)* della legge 10 luglio 1910, n. 455, cioè per la repressione in via disciplinare.

In relazione all'art. 9 è modificato l'art. 17 del T. U. delle leggi sanitarie concernenti le attribuzioni del medico provinciale, al quale è fatto obbligo di denunziare, mediante rapporto all'autorità giudiziaria, qualsiasi reato procedibile d'ufficio, qualora egli ne abbia notizia nell'esercizio delle sue funzioni.

Speciali obblighi della levatrice. — La disposizione dell'art. 10 della legge non è nuova ma ha particolare efficacia. La levatrice è obbligata a ricorrere all'opera del medico non appena nell'andamento della gestazione o del parto o del puerperio riscontri qualsiasi fatto irregolare. A tale scopo, la legge le fa obbligo di rilevare *con diligenza* tutti i fenomeni che si svolgono *nella gestante* o partoriente o puerpera. E' da notare che la inosservanza di questi obblighi costituisce contravvenzione punibile con l'ammenda sino a lire 500 e nei casi gravi con l'arresto fino a 3 mesi.

Commercio di presidi medici e chirurgici ed esercizio di ambulatori case, istituti, ecc. — In relazione alle norme rigorose stabilite, per la produzione e il commercio delle specialità medicinali, dalla legge 9 gennaio 1927, n. 58, e dal regolamento 14 aprile 1927, n. 759, sono ora regolate altre forme di attività svolte da privati: commercio di strumenti o di mezzi di cura.

Sono soggetti a « registrazione speciale » del Ministero dell'interno quei presidi medici e chirurgici che saranno determinati dal regolamento. Analogamente a quanto è disposto per le specialità medicinali, l'art. 11 della legge 23 giugno 1927 esclude dalla registrazione e quindi dal commercio i presidi che hanno o ai quali sono attribuite proprietà od effetti contrari in qualsiasi modo alla morale e al buon costume o effetti speciali intesi comunque ad interrompere o a turbare il corso fisiologico della gestazione, o effetti preventivi e terapeutici speciali per quelle infermità che saranno indicate nel regolamento. La violazione di queste norme è punita severamente: arresto sino a tre mesi e ammenda da L. 1000 a L. 5000; confisca dei presidi messi abusivamente in vendita; chiusura fino a tre mesi delle fabbriche, dei depositi o delle rivendite; in caso di recidiva arresto sino a 6 mesi e ammenda sino a L. 10.000. Al sequestro si procede subito, in via amministrativa. Indipendentemente dal corso del giudizio, il Prefetto può disporre la immediata chiusura temporanea dell'officina.

E' soggetto a speciale controllo anche l'esercizio di case di cura. L'art. 6 del T. U. delle leggi sanitarie subordinava all'autorizzazione del Prefetto l'apertura e l'esercizio di istituti di cura medico-chirurgica, assistenza ostetrica o stabilimenti balneari idroterapici o termici. L'art. 13 specifica meglio e completa la indicazione degli esercizi soggetti a vigilanza: ambulatori, case o istituti di cura medico-chirurgica o di assistenza ostetrica o case o pensioni per gestanti. Il controllo del Prefetto si esercita anche nel corso dell'esercizio, allo effetto della osservanza delle pre-

---

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

scrizioni stabilite nell'atto di autorizzazione e per evitare irregolarità. Il Prefetto può ordinare la chiusura di istituti per durata non superiore a tre mesi.

Pubblicità. — A tutela della sanità pubblica e della buona fede sono state già emanate disposizioni rigorose per le specialità medicinali dalla legge 9 gennaio 1927, n. 58, e dal regolamento 14 aprile 1927, n. 759.

Per conseguire pienamente la finalità che il Governo si è proposto, la legge 23 giugno 1927 stabilisce norme molto efficaci, diretta a disciplinare la *pubblicità* relativa a mezzi e a luoghi di cura. L'art. 16 della legge 23 giugno 1927 prescrive che è necessaria una speciale *licenza* del Prefetto per la divulgazione, a mezzo della stampa o *in qualsiasi altro modo*, di mezzi per la prevenzione e la cura delle malattie o di specialità medicinali o di presidi medici e chirurgici, ambulatori, case, istituti di cura medico-chirurgica o di assistenza ostetrica, case o pensioni per gestanti, stabilimenti termali, idroterapici o di cure fisiche ed affini, acque minerali naturali o artificiali. La disposizione è completa: riguarda tutte le forme di pubblicità; comprende non soltanto le specialità medicinali ma qualsiasi mezzo o strumento o luogo destinato alla prevenzione o alla cura di malattie; vieta la pubblicità, qualora non sia autorizzata da speciale licenza.

Se, come è da ritenere, questo potere delicatissimo sarà applicato con rigore, con prudenza e con assoluta obbiettività, saranno evitate forme ingannevoli di pubblicità e sarà reso un grande servizio alla buona fede e alla salute pubblica.

Compensi per certificati. — Disponeva l'art. 31 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889, che « all'ufficiale sanitario, per gli accertamenti e il rilascio di certificati che le vigenti disposizioni gli demandano è dovuto, quando essi seguano l'esclusivo interesse privato, un compenso a carico dei privati interessati ». Soggiungeva lo stesso articolo che la misura di tale compenso e i casi nei quali è dovuta sarebbero stati stabiliti dal regolamento. L'art. 6 della legge 23 giugno 1927 ha superato questa riserva e, modificando l'ultima parte dell'art. 31, ha stabilito che la misura del compenso per le singole prestazioni e le modalità del relativo versamento da parte dei privati saranno stabilite dal Prefetto, con norma di carattere generale.

Per i compensi dovuti agli ufficiali sanitari bisognerà quindi attenersi ai regolamenti provinciali, o, in genere, alle norme all'uopo stabilite dal Prefetto. L'art. 6 devolve al Comune una quota dei compensi.

Stipendi minimi. — Rimane ferma, nella sua parte sostanziale, anche la disposizione del secondo comma dell'art. 34 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889, la quale attribuì alla G. P. A. la determinazione degli stipendi minimi per gli ufficiali sanitari. L'art. 7 della legge 23 giugno 1927 ha corretto opportunamente la forma di questa disposizione, sostituendo alla designazione di « nomina *definitiva* » quella più esatta e più propria di « nomina *regolare* in base a concorso » perchè, secondo il testo dell'art. 34 si sarebbe potuto dubitare che gli stipendi minimi fossero efficaci soltanto per gli ufficiali sanitari stabili; ora è invece certo che essa si applica anche a coloro che sono ancora in periodo di prova, purchè siano stati nominati in base a concorso.

Ricorsi. — L'art. 17 della legge 23 giugno 1927 stabilisce che contro i provvedimenti emanati dal Podestà, *in materia sanitaria*, è ammesso ricorso gerarchico al Prefetto e, contro il provvedimento del Prefetto, è ammesso, entro il termine di giorni 15, ricorso gerarchico al Ministero dell'Interno che decide definitivamente, cioè con provvedimento soggetto soltanto al ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale per incompetenza, violazione di legge ed eccesso di potere.

Qui è necessario un chiarimento per evitare equivoci. Non tutti i provvedimenti del Podestà sono soggetti a ricorso gerarchico al Prefetto: la legge non è forse molto precisa, perchè prevede genericamente i provvedimenti emanati in « materia sanitaria ». È da considerare però che questa norma non riguarda i provvedimenti *definitivi*. Se, per esempio, il Podestà delibera il licenziamento o la dispensa dal servizio di un medico condotto o se, in genere, costituisce, modifica o estingue il rapporto d'impiego, esso emana un provvedimento *definitivo*, contro il quale non si ricorre al Prefetto ma al Consiglio di Stato, nel caso di nomina, e alla G. P. A. in s. g. nel caso di licenziamento, dispensa dal servizio, punizione disciplinare, ecc.

In sostanza, l'art. 17 deve essere inteso nel senso che è ammesso ricorso al Prefetto contro i provvedimenti del Podestà che non siano definitivi e siano perciò soggetti a sindacato gerarchico. Non è il caso di approfondire ora questa indagine: qui basta aver rilevato, in linea di massima, i limiti di applicazione dell'art. 17: eccettuati casi evidenti, come per es. quelli relativi al licenziamento, alla dispensa dal servizio, è opportuno che, qualora sorga un dubbio, sia sentito il parere di un legale.

Testo unico e regolamento. — La legge, infine, autorizza il Governo del Re a formare il nuovo testo unico delle leggi sanitarie: ormai questa è una necessità. Confidiamo che vi si provveda sollecitamente e che sia presto emanato anche il nuovo regolamento generale sanitario.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALATRI (*Frosinone*). — Due medici residenziali; a tutto 30 sett.; L. 8500, addizion. L. 4 oltre 1000 pov. e L. 5 oltre 2000 fino a 3000 (*sic.*); c.-v.; 5 quadrienni dec.; tassa L. 50.10; doc. a 3 mesi dal 20 ag.

ASOLO (*Treviso*). *Ospedale Civile.* — Primario medico-chirurgo; scad. 15 sett. Rivolgersi Segreteria Congregazione Carità.

BARI. — Ispettore sanitario, due posti; titoli ed esami; L. 13,700 aument. a 16,000 dopo 12 anni di serv.; L. 3500 serv. att.; c.-v.

Due condotte; titoli ed esami; L. 9500 aument. a 11,600 dopo 10 anni di serv.; L. 2100 serv. att.; c.-v.

Per i quattro concorsi: scad. 15 sett.; esami a 45 giorni dalla scad. Rivolgersi Segreteria Generale del Comune.

CARRARA. *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario e medico primario; proroga a tutto 30 sett.; stip.-base L. 10,200, oltre aumenti periodici e indennità. La sede dell'Ospedale verrà quanto prima trasferita nei nuovi locali di Monterosso con capacità di 350 letti. Ab. 60,000 circa. Chiedere avviso alla segreteria della Congregazione di Carità.

CASTEGGIO (*Pavia*). — Cond. esterna. Scad. 17 sett.; L. 13,000 e 5 quadrienni; età lim. 35 a. Tassa L. 50.20.

CASTIGLIONE DEI GENOVESI (*Salerno*). — Scad. 23 sett.; vedi fasc. 34.

CECINA (*Livorno*). *Ospedale della P. A.* — Medico chir. fisso di guardia; età 32-45 a.; L. 10,000; facoltà esercizio lib.; tassa L. 50.15. Scad. 15 sett.

COMACCHIO (*Ferrara*). *Congregaz. di Carità* — Primario chirurgo direttore dell'Ospedale S. Camillo; al 30 ott.; chied. annunzio; L. 10,000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 asegno complementare variabile; addizion. oltre i 1000 pov. (L. 2000 circa); età lim. 35 a.; tassa L. 50.15 al Tesoriere; 2 anni in clin. chirurg. o comprimario, titoli in ostetr. e ginec.; serv. entro 15 gg.

FINALE EMILIA. *Congregazione di Carità.* — Scad. 15 sett. Chirurgo direttore dell'Ospedale; L.15,000 con 5 quadrienni dec., c.-v. in L. 720, 50 % importo operazioni chirurgiche abbienti. Chiedere avviso.

GENOVA. *R. Prefettura.* — Due uff. san. consorziali; scad. 1° ott.; vedi fasc. 36.

MANTOVA. — Medico del Dispensario comunale per profilassi e cura della sifilide e m. veneree; L. 3500 annue; nom. triennale; scad. 30 sett.; docum. alla Segreteria del Comune, non anteriori di 3 mesi al 1° sett.; serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

MONTICHIARI (*Brescia*). — Scad. 30 sett.; vedi fasc. 34.

NOGARA (*Verona*). — Al 15 sett., 1° reparto; ab. 3500, iscritti 300 c.; L. 8000 e 4 quinquenni dec. oltre L. 1000-2500-3000 trasp., L. 500 ambul.; tassa L. 50 (se per cart.-v. L. 50,20); docum. a 3 mesi dal 15 ag.; serv. entro 15 gg.

NOVARA. — Per Lumellogno; proroga 30 sett.; L. 8000 per 400 iscritti, L. 1000 ogni 500 iscritti in più o frazione; L. 150 ambulat.; L. 150 arm. farm.; 10 bienni di L. 500; c.-v.; età lim. 35 (40) a.; docum. a 3 mesi; tassa L. 50.

RESIA (*Udine*). — A tutto 30 sett.; L. 9000, oltre L. 500 serv. attivo, L. 3500 trasp., L. 900 uff. san., c.-v.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Concorso a tre primarî: chirurgo, oculista e dirigente il Laboratorio patologico; titoli ed esami; scad. ore 16 del 15 ott.; età lim. 45 a.; tassa L. 50. Stip. L. 7800 e c.-v. Per le altre condizioni chiedere annunzio alla Segreteria Generale.

ROVEGNO (*Genova*). — Consor. con Gorreto; lire 10,600 e 10 bienni, oltre a varie indennità. Scad. 15 settembre.

SASSARI. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari di La Maddalena e di Pattada; vedi fasc. 32 e 34; scad. 15 sett.

Uff. san. Ozieri; scad. 30 sett.; vedi fasc. 36.

SENOSECCHIA (*Trieste*). — Al 15 sett.; v. fasc. 32.

SORANO (*Grosseto*). — Scad. 20 sett.; v. fasc. 34.

TORRICE (*Frosinone*). — Scad. 20 sett.; v. fasc. 34.

VICENZA. *Ospedale Civile.* — Scad. 15 ott., ore 18; chirurgo primario; nom. e conferme settennali fino al 60° anno; L. 6000 (*sic*); età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 20 ag.; tassa L. 50; 8 anni di laurea di cui 4 di serv. ospedaliero o in clinica.

VILLANOVA DI CAMPOSAMPIERO (*Padova*). — Scad. 15 sett.; L. 9000; c.-v.; L. 3000 per cav.; L. 500 uff. san.; tassa L. 50.10.

NOTA. — Quando non è altrimenti indicato i posti si riferiscono a condotte mediche.

CONCORSI A PREMI.

Concorso Hoffmann-La Roche.

Ricordiamo che il concorso al premio Hoffmann-La Roche, di L. 10,000, per il migliore lavoro di terapia medica, è stato prorogato al 30 settembre. I lavori dovranno essere inviati alla Segreteria della Società italiana di Medicina interna, in Roma, presso la R. Clinica medica al Policlinico.

Istituto Centrale di Statistica.

È bandito un concorso sul tema: « La rilevazione statistica degli infortuni sul lavoro nei varî paesi del mondo e i suoi principali risultati ».

Potranno prendere parte al concorso studiosi di nazionalità italiana che presentino, entro il 31 agosto 1928, lavori originali ed inediti; al miglior lavoro sarà assegnato un premio unico ed indivisibile di L. 4000.

Per le informazioni gli interessati potranno rivolgersi all'Istituto Centrale di Statistica in Roma

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

COMMISSIONI GIUDICATRICI PER LIBERE DOCENZE.

I primi tre nomi rappresentano gli *effettivi*; gli altri due i *supplenti*. (*Boll. Uff.*, Atti di Amministrazione, 11 agosto 1927, n. 32):

Batteriologia, Batteriologia e Immunologia: De Blasi Dante, Ottolenghi Donato, Azzi Azzo, Sanfelice Francesco, Marassini Alberto. — *Clinica delle Malattie nervose e mentali*: Tanzi Eugenio, Rossi Ottorino, Lugaro Ernesto, Cerletti Ugo, Medea Eugenio. — *Fisiologia sperimentale*: Herlitzka Amedeo, Camis Mario, Aducco Vittorio, Lombroso Ugo, Visco Sabato. — *Igiene*: Di Vestea Alfonso, Maggiora Arnaldo, Sclavo Achille, Neri Filippo, Piras Luigi. — *Istologia e Biologia generale*: Fano Giulio, Levi Giuseppe, Perroncito Aldo, Pensa Antonio, Terni Tullio. — *Medicina legale*: Cazzaniga Antonio, Perrando Giacomo, Leoncini Francesco, Pellegrini Rinaldo, Bianchini Giuseppe. — *Patologia coloniale*: Morpurgo Benedetto, Salvioli Gaetano, Bertarelli Ernesto, Belli Carlo Maurizio, Basile Giuseppe. — *Tisiologia*: Viola Giacinto, Morelli Eugenio, Frugoni Cesare, Costantini Gennaro, Ronzoni Gaetano.

In seguito a conforme decisione del Consiglio dell'Ordine Mauriziano, a succedere nel posto e nelle funzioni di Primario di Chirurgia nell'Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino, rimasto scoperto per la morte del compianto senatore prof. Antonio Carle, con Regio Decreto in data 29 giugno 1927 furono nominati con titolo di Primari i professori comm. dott. Giovanni Massa e cav. uff. Guido Bertone.

Alla cattedra di anatomia e istologia patologica per la R. Università di Sassari sono risultati: 1) Businco Armando, 2) Franco Emilio Enrico.

Alla cattedra di clinica ostetrica e ginecologica per la stessa Università sono risultati: 1) Vercesi Carlo, 2) Fornero Arturo, 3) Spirito Francesco.

Il dott. Grover F. Powers è nominato professore di pediatria alla « Yale University School of Medicine » (Connecticut).

Fra i premiati al concorso fra ufficiali per lavori su temi militari, di cui l'elenco è pubblicato nella dispensa 38 del *Giornale militare ufficiale*, vi è il ten. col. medico A. Casarini, al quale è stato assegnato il primo premio di L. 2000 per una memoria dal titolo: « Charitas in armis: saggio storico sui servizi sanitari presso gli eserciti ».

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Donati Angelo in clinica chirurgica, Sangiorgi Giuseppe in batteriologia e immunologia e in parassitologia, Campo Francesco in clinica oto-rino-laringoiatrica.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Bari.

I Comuni e l'Opera Nazionale per la protezione della maternità.

Il prof. Paolo Gaifami, in seno alla Società Pugliese di Ostetricia e Ginecologia, ha svolto il tema: *I Comuni e l'Opera Nazionale per la protezione della maternità*. Segnalati alcuni episodi di Podestà, che rifiutano di riconoscere la legittimità del ricovero nella Maternità di gravide al termine e perfino di partorienti con gravi complicazioni in atto (bacino viziato, rigidità del collo, febbre in travaglio, ecc.) osserva che così si misconoscono le antiche norme legislative e di umanità fin qui seguite, ma sopratutto si va contro alle precise disposizioni che la *fascistissima* legge per la protezione della Maternità ed Infanzia ha finalmente dato per la reale tutela delle madri. È da pensare che molti Comuni non conoscano a sufficienza la nuova salutare legge ed è perciò opportuno che l'Opera Nazionale richiami l'attenzione degli Uffici competenti per evitare che lo scopo della legge sia frustrato da un eccessivo fiscalismo dei Comuni. Sarebbe bene che le autorità politiche e del Fascio femminile se ne interessassero direttamente.

Il prof. Gaifami si è anche occupato *dei corsi di puericoltura per medici condotti*. Ricorda i programmi dei corsi di puericoltura per medici condotti, che saranno prossimamente iniziati in varie città, Bari compresa, a cura dell'Opera Nazionale, per la protezione della Maternità ed Infanzia e fa rilevare la grave lacuna esistente, perchè non vi è fatta parte alcuna all'ostetrico, mentre la puericoltura intrauterina è di competenza ostetrica e sopratutto non si può dimenticare l'alto coefficiente di mortalità fetale dovuto sia al fattore tossico che a quello meccanico antepartum.

Illustrati altri punti del problema, riassume questi rilievi e quelli che riguardano i Comuni nel seguente ordine del giorno:

« La Società Pugliese d'Ostetricia e Ginecologia, riunitasi in Bari il 30 luglio, sotto la presidenza del prof. Gaifami, visti i programmi dei corsi di puericoltura istituiti in varie città, Bari compresa, per medici condotti a cura dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità ed Infanzia;

mentre riconosce la grande utilità pratica e sociale che verrà da codesti corsi e plaude ad essi;

segnala la opportunità che detti corsi siano integrati dall'insegnamento delle norme ostetriche fondamentali per la difesa intrauterina e intrapartum della prole e quindi per la migliore tutela delle madri;

fa voti che in prosieguo di tempo siano organizzati dalla stessa Opera Nazionale anche dei corsi accelerati di perfezionamento in ostetricia per medici condotti e per levatrici;

1) propone che *intanto agli attuali programmi dei corsi sia per i medici condotti che per le levatrici siano aggiunte alcune lezioni di puericoltura intrauterina in senso lato da svolgersi dall'ostetrico;*

2) presa conoscenza inoltre delle difficoltà che da molti Podestà si oppongono alla accettazione nella Maternità di gravide per il parto anche patologico, oltrechè al ricovero nei giorni precedenti, in netta contradizione col disposto della legge per la protezione della Maternità, fa voti che l'Opera Nazionale richiami le Autorità a ridurre l'eccessivo fiscalismo ed intanto diffonda anche presso gli Uffici comunali la conoscenza delle norme della legge che evidentemente non sono note nelle loro disposizioni fondamentali ».

I soci presenti approvano l'ordine del giorno del prof. Gaifami e lo incaricano di presentarlo oltre che all'Opera Nazionale per la protezione della Maternità ed Infanzia, e alle autorità locali per la seconda parte, anche alla Presidenza della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, perchè questa si occupi proficuamente dell'argomento nel prossimo Congresso. R.

NOTIZIE DIVERSE.

XII Congresso Italiano di Pediatria.

Nei giorni 28, 29, 30 settembre e 1º ottobre p. v. avrà luogo in Napoli il XII Congresso della Società Italiana di Pediatria.

A detto Congresso può intervenire e presentare comunicazioni anche chi non è socio. Le comunicazioni debbono riguardare argomenti di Pediatria, ed essere inviate non più tardi del 15 agosto prossimo.

La quota d'iscrizione è di L. 50 e chi prende parte al Congresso ha gli stessi diritti dei soci ricevendo in tempo utile l'elenco delle comunicazioni, la copia delle relazioni a stampa, il modulo per i ribassi ferroviari, le disposizioni per gli alloggi, ecc.

I temi delle relazioni sono: 1) « Le nefropatie » (relatori: proff. Maggiore e Canelli); 2) « Importanza sociale dell'eredolue » (rel.: prof. Mensi).

Il Comitato ordinatore del Congresso è così costituito: prof. Rocco Jemma, presidente; prof. Ruggero Vaglio, segretario; prof. Luigi Auricchio, tesoriere.

Per ogni chiarimento rivolgersi al segretario del Congresso prof. Ruggero Vaglio, S. Andrea delle Dame 21, Napoli (157).

Congressi di Chirurgia ed Urologia a Parma.

La 34ª adunanza della Società Italiana di Chirurgia sarà tenuta a Parma nei giorni 18-21 ottobre.

Pure a Parma sarà tenuta nei giorni 21 e 22 ottobre la 6ª adunanza della Società Italiana di Urologia.

Per informazioni sui due Congressi rivolgersi alla Presidenza del Comitato ordinatore presso la Clinica Chirurgica di Parma.

V Congresso nazionale d'igiene.

Si è riunito in Roma, sotto la Presidenza del prof. Pio Pediconi, il Comitato Esecutivo del V Congresso Nazionale, indetto in Roma dall'*Associazione Italiana Fascista per l'Igiene* per l'ottobre p. v.

Avevano aderito e parteciparono alla riunione a mezzo di un loro rappresentante il Governatorato di Roma, la Sanità Militare, la Direzione Gener. del Lavoro e della Previdenza, le Opere Nazionali pro-Maternità ed Infanzia, del Dopolavoro e di Assistenza agli Invalidi di guerra, la Cassa Naz. Assicurazioni Sociali, il Preside della Facoltà Medica prof. R. Della Vedova, la Federazione dell'Urbe ed il Sindacato Medico Fascista, l'Accademia Medica Romana, la Federazione Nazionale ed il Comitato Romano per la lotta contro la tubercolosi, la Scuola Superiore di Malariologia e la Stazione sperimentale antimalarica, il Brefotrofio, il Patronato scolastico, la Direzione dell'« Italia sanitaria », il prof. Gualdi direttore della Scuola popolare d'Igiene, i proff. Pecori e de Rossi, l'avv. Bruno, i dottori Escalar e Serafini dell'Ufficio d'Igiene del Governatorato ed il Segretario Generale dott. Giovanni Palomba.

Il Presidente prof. Pediconi rivolse ai convenuti il saluto augurale ringraziandoli dell'intervento che assicurava la collaborazione dei maggiori Enti ed Istituti sanitari della Capitale; particolari espressioni di gratitudine indirizzò, poi, al Governatorato per il largo contributo concesso alla preparazione di questo importante Congresso che adunerà in Roma gli Igienisti Italiani per la discussione di vitali problemi di pubblica igiene, di grande interesse sociale.

Dopo ampia discussione sui lavori e sulle modalità del Convegno, all'unanimità venne affidato ad una Giunta, composta dello stesso Presidente prof. Pediconi, dell'avv. comm. Oxilia, rappresentante del Governatorato, e del dott. Palomba Segretario Generale dell'Associazione promotrice, il mandato di preordinarne l'organizzazione in modo da offrire ai Colleghi d'Italia ospitalità degna di Roma.

Prima di sciogliersi il Comitato deliberò di inviare un telegramma di omaggio a S. E. Benito Mussolini ed un saluto augurale all'illustre Presidente Generale dell'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene prof. Sclavo di Siena.

XVIII Congresso Nazionale di Idrologia a Milano.

Dal 3 al 6 ottobre si terrà a Milano il 18º Congresso Nazionale di Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica, sotto la presidenza onoraria dell'on. prof. Ernesto Belloni e con l'intervento di personalità scientifiche delle Università italiane e dei centri varî nazionali di coltura e di pratiche applicazioni nel campo Idroterapico, Climatoterapico, ecc. Indubbiamente il Congresso « Idrologico » di Milano assumerà speciale importanza, in rapporto anche all'esame della nuova legislazione che il Governo fascista ha saputo attuare per le « Stazioni di Cura ». Tutti i grandi organismi che hanno rapporti con dette Stazioni (Consorzio dei Comuni di Cura, Federazione Fascista delle Industrie Termali, E.N.I.T., Touring, ecc.) saranno

rappresentati al Congresso da propri elementi direttivi.

Il Congresso Nazionale Idrologico di Milano (durante il quale avrà luogo anche una riunione della Stampa Medica Italiana) riuscirà una importante rassegna delle forze scientifiche italiane, che daranno sempre maggiore propulsione alle nostre meravigliose Stazioni curative idro-climatiche, e servirà ottimamente, il Congresso di Milano, di preparazione a quello che, dopo pochi giorni (12 ottobre) si radunerà a Roma, con larga base internazionale (Congresso Internazionale Idrologico) sotto la presidenza onoraria di S. E. Mussolini, che ha dato affidamento di intervenirvi personalmente.

Per ogni ulteriore informazione in rapporto al Congresso Nazionale rivolgersi al « Comitato Congresso Idrologico », via S. Paolo, 10, Milano, ove si ricevono anche le iscrizioni.

Associazione della Stampa Medica Scientifica Italiana.

I direttori, redattori ed amministratori di periodici di medicina sono invitati ad una riunione che si terrà a Parma, in occasione dei Congressi medici, in luogo e data da stabilirsi, per uno scambio d'idee sul programma dell'Associazione e per procedere alle elezioni del Consiglio.

Congressi professionali medici francesi.

L'« Association générale des Médecins de France » tenne la sua 75ª assemblea annuale alla fine di maggio a Parigi, nel grande anfiteatro della Facoltà di Medicina. Vi erano rappresentate 94 associazioni locali. Gli iscritti raggiungevano la cifra totale di 10,060. Furono in discussione, tra l'altro, la creazione di un Consiglio di deontologia, la pubblicazione di un codice deontologico e la pubblicazione di un volume commemorativo dei medici morti in guerra. Il banchetto di chiusura ebbe luogo nel « foyer médical », destinato alla mostra delle opere d'arte di medici, inaugurato in quella occasione; v'intervenne il ministro del lavoro e dell'igiene pubblica, André Faillières.

*
* *

L'« Association professionelle des médecins, chirurgiens et specialistes des Hôpitaux Civils de France » terrà il suo 8º Congresso il 3 ottobre, nella Facoltà medica di Parigi. L'Associazione è presieduta dal prof. Reynès di Marsiglia; segretario generale ne è il prof. H. L. Rocher di Bordeaux.

Congresso francese contro la sifilide.

La « Lega Nazionale francese contro il pericolo venereo » (rue Lisbonne 44, Paris 8e) ha deciso di preparare una riunione, a Nancy, per le vacanze pasquali del 1928, allo scopo di discutere il tema: « La difesa sociale contro la sifilide ». Sono fissati quattro temi di relazione; si accettano comunicazioni. Al Congresso andrà unita una Mostra.

Riunione medica franco-belga.

I professori titolari e *agrégés* della Facoltà medica e farmaceutica statale di Lilla hanno organizzato, per i giorni 23-25 ottobre, una Riunione medica franco-belga, durante la quale si terranno conferenze e dimostrazioni essenzialmente pratiche.

Convegno della Società Medico-Chirurgica degli Ospedali Abruzzesi.

Questo Convegno si svolgerà in settembre ad Ortona a Mare. Il Consiglio direttivo della Società ha prescelto questa sede per il Convegno, in omaggio al nuovo componente del Consiglio direttivo, prof. Emanuele Santoro, che è direttore dell'Ospedale Civile di Ortona.

Corso superiore di educazione fisica a Venezia.

Nella sala napoleonica del Palazzo Reale di Venezia, alla presenza delle autorità cittadine, di una larga rappresentanza della classe magistrale e di gran numero di avanguardisti, ha avuto luogo l'inaugurazione del Corso superiore di educazione fisica per i maestri italiani organizzato dalla scuola « Pietro Gallo ». In assenza dell'on. Renato Ricci, che doveva tenere la lezione inaugurale, ha parlato il prof. Massimiliano Cardini dell'Università di Roma, trattando della importanza dell'educazione fisica attraverso i secoli.

Per lo studio della febbre mediterranea.

La fondazione Elio Sachs Plotz per il progresso delle investigazioni scientifiche di Boston ha elargito al prof. Maurizio Ascoli dell'Università di Catania la somma di L. 18,000, perchè egli possa continuare gli studi iniziati in collaborazione col dott. Emanuele Sanfilippo sulla febbre mediterranea.

I medici offriranno alla Patria un'aeroambulanza.

Il Sindacato medico della Provincia di Milano ha lanciato un appello a tutti i medici d'Italia perchè sia data da ognuno di essi, in ragione delle proprie forze, un'offerta per dotare il paese di un'aeroambulanza. Le adesioni si ricevono presso la Segreteria del Sindacato, in via Dogana 2, Milano.

Intanto, per disposizioni del segretario provinciale, tutti i membri del Direttorio federale e del Direttorio del Fascio milanese si sono sottoscritti ciascuno per cinquanta lire.

Donazioni.

Al prof. Luigi Ferrannini, direttore della Clinica Medica della R. Università di Cagliari, sono pervenute le seguenti donazioni a favore della Clinica stessa: dalla Ditta Wassermann di Milano L. 3000 per acquisto di apparecchi scientifici; dall'Istituto Biochimico Italiano L. 1000 per acquisto di pubblicazioni scientifiche; dalla Società Sandoz l'abbonamento gratuito a diversi importanti periodici esteri.

Il 10 agosto moriva in Modena il prof. ARTURO GUZZONI DEGLI ANCARANI, direttore di quella Clinica Ostetrico-Ginecologica. Nato a Correggio Emilia nel 1858, laureato a Modena nel 1881, iniziò la sua carriera ostetrica come Aiuto del celebre prof. Alessandro Cuzzi a Pavia. Dal 1889, e perciò da 38 anni, era entrato nell'insegnamento, prima come Direttore della Scuola Ostetrica di Novara, poi successivamente come Professore alle Università di Cagliari, di Messina, di Siena, di Modena. Appassionato cultore della ostetricia, si prodigò come pochi nell'insegnamento, moltiplicando corsi a studenti, a medici, a levatrici, perspicui per invidiata fluidità di parola, per impareggiabile estensione di erudita dottrina. Fra le numerosissime pubblicazioni di indole scientifica, che superano in numero le duecento, ci limiteremo a ricordare il suo poderoso contributo al classico Trattato di Ostetricia del prof. Alessandro Cuzzi, il lavoro sperimentale sulla tubercolosi dell'utero, quello sulla istologia della endometrite membranosa, tutta la ricca serie di contributi alla conoscenza della gravidanza gemellare, e i pregevoli lavori sulla cura operativa degli spostamenti uterini, la monografia veramente fondamentale sulla cura della placenta previa, e le due edizioni della « Italia Ostetrica », che è una vera miniera di preziose notizie sulle nostre Università e sulle Cliniche ostetriche.

Gli studii di indole storica lo attraevano specialmente, e le ricerche bibliografiche; e la sua indiscussa autorità in materia gli aveva valso nell'ultima Riunione annuale della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia la lusinghiera designazione ad intraprendere la continuazione della monumentale Storia dell'Ostetricia del Corradi.

Dotato di intraprendente spirito organizzatore, in molte delle sedi ove si svolse la sua attività didattica seppe creare quasi dal nulla bellissimi Istituti, come a Cagliari prima, a Messina dipoi. L'orribile catastrofe del 1908 travolse in rovina la Clinica che da soli sette giorni egli aveva inaugurato e colpì il Guzzoni nel suo più santo affetto togliendogli la madre adorata. Da quel giorno un velo di mestizia successe alla abituale festività del carattere, che lo rendeva tanto desiderato ed acclamato nelle riunioni collegiali.

Fu il Guzzoni tra i più attivi fondatori della Società Medico-Chirurgica di Pavia, e della risorta Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia la quale lo volle prima suo Vice-Presidente, poi Presidente.

Assai conosciuto anche all'estero, era Socio di diverse Società straniere. Tale passione lo legò per tutta la vita all'insegnamento ed alle istituzioni da lui presiedute, che morendo dispose di vistosi legati alle Università di Modena, alla Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, alle Università di Pavia, Cagliari, Messina, Siena, alla Scuola Ostetrica di Novara, oltre che all'Ospedale della sua nativa Correggio. Una vita di completa ammirevole dedizione alla Scienza ed alla scuola non poteva avere più degno coronamento.

E. P.

Ha posto fine ai suoi giorni, mediante iniezioni di morfina, il chirurgo GUGLIELMO HIRSCH, di Milano, dell'età di 61 anni.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. ASCOLI, Red. resp**

ANNO XXXIV Roma, 19 Settembre 1927 Fasc. 38

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE CIVILE DI VERONA
DIVISIONE CHIRURGICA diretta dal prof. S. SPANGARO.

Le conseguenze del trauma operatorio sul rene, sul fegato, sul sistema circolatorio e sistema nervoso.

Dott. E. FIORINI.

Molti sono gli Autori che si sono occupati delle conseguenze che può avere il trauma operatorio sull'individuo operato. Ma noi siamo pure convinti che ancora lungi si è dal poter fissare con dati sicuri, quali sieno i segni che in tutti i casi ci fanno edotti sull'esito felice o cattivo di una operazione. E ciò è vero molto sconfortante.

Nessuno può infatti dire di non aver almeno una volta notato come il pronostico emesso circa l'esito di una operazione sia stato completamente invertito da cause che sfuggono alle nostre attuali conoscenze. E non ha vissuto vita chirurgica chi non ha, coi propri occhi e con profonda amarezza, notata la fine rapida di un operato che tutto lasciava sperare nulla o poco dovesse risentire dall'atto operativo. Una semplice erniotomia, eseguita in pochi minuti da mani esperte, con minime quantità di analgesico, senza inconvenienti di sorta; il giorno successivo tutto bene; il terzo giorno primi segni di una broncopneumonite o di una paralisi cardiaca che porta rapidamente il paziente alla tomba. Il chirurgo rimane spesso impotente di fronte ai parenti che chiedono se non era possibile e doveroso prevedere ciò e lasciar loro un congiunto lievemente infermo anzichè le conseguenze, il dolore, il ricordo di una tragedia.

E viceversa non è raro il caso, che ha del miracolo, di veder sopportare un atto operativo grave da un individuo che nessuno ammetteva più dovesse sopravvivere (cachettico, uremico, o gravemente cardiopatico con polso impercettibile e riflessi torpidi, delirante o comatoso, operato per un inspiegabile bisogno di lotta al male anche quando questo ha usate tutte le sue armi contro quel corpo stremato).

Ben lontani dalla convinzione e speranza di poter risolvere questo importante e assillante problema (chè le nostre forze non basterebbero) ci siamo tuttavia rivolti alla esperienza di altri e a quella fruttata dalle nostre prove, eseguite sistematicamente su molti operati, per vedere se sia possibile cogliere, in un sufficente numero di casi, un difetto costante nella funzionalità degli organi più vitali, da potersi attribuire esclusivamente al trauma operatorio.

Infatti è pur vero che, accanto alla categoria di ammalati che si operano d'urgenza perchè null'altro v'è da fare, perchè tutto è perduto e ogni indugio porta verso l'esito letale, si deve considerare un'altra categoria di ammalati: quella di coloro per i quali pur essendo indicato l'intervento, questo non è indispensabile o almeno non esiste urgenza. Sono coloro che si guarderebbero bene dal farsi operare se sapessero che non cinque ma cinquanta su cento probabilità di morte possono avere.

Il poter scoprire in essi un nuovo segno che faccia prevedere l'esito disgraziato di una operazione che si accingono a sopportare sarebbe cosa altamente utile per la sicurezza dei malati e per la dignità dell'arte chirurgica. Come si disse, parecchie sono le ricerche fatte per stabilire quali sono le alterazioni nella funzionalità di un singolo organo apportate dal trauma operatorio; molto meno numerose sono quelle che guardano alle modificazioni della funzionalita complessiva dei vari organi in uno stesso soggetto e al loro rapporto con l'andamento postoperatorio.

A ciò si oppongono svariati ostacoli, non ultimo il pericolo o almeno la noia per un operato di essere sottoposto prima e dopo l'operazione a molteplici esami funzionali alcuni dei quali non sempre bene tollerati.

Noi abbiamo cercato di ovviare a ciò abbandonando alcune prove funzionali che ci parvero fin da principio troppo poco degne di fiducia o eccessivamente intollerabili e ci siamo tenuti a quelle che si potevano effettuare con maggior probabilità di fedele risultato e con minor disagio per l'ammalato.

Abbiamo indagata la funzionalità del sistema nervoso e circolatorio, del fegato e del rene, perchè abbiamo presunto che tali organi per primi possano risentire nocumento dal trauma operatorio.

ESAME DELLE ALTERAZIONI DELLA FUNZIONALITÀ RENALE.

Abbiamo studiata la funzionalità renale pre e post-operatoria con l'esame sistematico delle urine prese poco prima e qualche ora dopo l'operazione, con la prova della eliminazione della fenolsulfonftaleina e con la ricerca della costante di Ambard.

Da molti è stata osservata una marcata oliguria post-operatoria. Alcuni (Thompson) l'hanno trovata più accentuata con l'uso dell'etere come anestetico, che con quello del cloroformio. A questa oliguria segue costantemente un aumento nella eliminazione stessa.

Fu notata una diminuzione della secrezione dell'azoto totale, dei cloruri, presenza o aumento di globuli bianchi.

Noi, nelle urine estratte con catetere quattro o cinque ore dopo l'atto operatorio e prima della minzione spontanea, *non abbiamo trovato nella maggior parte dei casi* (60 %) *alterazioni che fossero imputabili al trauma operatorio.* In fatti se piccole alterazioni esistevano prima dell'atto operativo queste persistevano nella stessa misura dopo l'operazione.

Nel rimanente dei casi abbiamo riscontrate alterazioni che possono significare sia lesioni dell'apparato urinario che di altri apparati e cioè: *Albumina*, in quantità sempre inferiore ad un quarto per mille nel 10 % *dei casi.*

Pigmenti biliari, sempre in piccole quantità nel 20 %.

Glucosio nel 7 %.

Sangue nel 3 %.

In qualche raro caso queste alterazioni urinarie preesistenti, dopo l'atto operativo scomparivano.

Le alterazioni orinarie ci apparvero con maggior frequenza dopo interventi praticati sotto anestesia generale che sotto anestesia locale.

Dobbiamo qui dire che è consuetudine del nostro Primario e Maestro, e ciò come frutto di ricca personale esperienza, di praticare tanto l'anestesia generale (etere) che l'anestesia locale col metodo dell'infiltrazione di soluzioni al 0,20 % di novocaina con aggiunta di un milligrammo di adrenalina per ogni 100 cc. di soluzione. Talvolta associa all'anestesia locale una leggera anestesia cloroformica. L'anestesia locale è riservata di preferenza agli atti operativi più leggeri pur avendo provato che anche difficoltose gastro-enterostomie, colecistectomie ecc., possono essere impunemente eseguite con la semplice anestesia locale.

Le alterazioni urinarie sopracitate scomparvero tutte in breve tempo.

*
* *

Lo studio della funzionalità renale mediante eliminazioni provocate di sostanze coloranti ha acquistato in questi ultimi tempi notevole impulso anche perchè tale metodo è di facile esecuzione. Recentemente il Cassuto in base a prove sperimentali veramente meticolose e con argomentazioni logiche ha protetto questo metodo d'indagine funzionale dagli attacchi mossi contro di esso da altri studiosi.

Le sostanze coloranti estranee all'organismo adoperate per queste indagini sono varie. Alcune di queste si rilevano nelle urine per mezzo di

speciali reazioni chimiche, altre sono evidenti di per sè.

Alle prime appartengono: Il salicilato di soda, l'ioduro di potassio, il lattosio, il tiosolfato di sodio, la diuretina ecc.

È stata pure proposta la sintesi dell'acido ippurico per mezzo del benzoato di sodio e l'azotemia intensa provocata mediante iniezione endovenosa di siero ipertonico glucosato al 300 per mille (metodo Legueu).

Queste sostanze sono state oggi quasi completamente abbandonate perchè costituiscono mezzi d'indagine di poco valore.

Altre sostanze, come si disse, sono già evidenti di per sè perchè colorate nell'urina stessa o in ambiente adatto (soluzione soda caustica). Una delle prime usate fu la fucsina che veniva somministrata per bocca. Si provarono poi il bleu di metilene, la rosanilina, l'uranina, l'indigocarmino, la fenolsulfonftaleina e recentemente dal Cassuto, il nitrito di sodio che sembra sostanza bene tollerata e facilmente eliminabile.

Le sostanze sono somministrate per bocca o per iniezione sottocutanea, endomuscolare o endovenosa.

La via orale è ormai abbandonata e perde sempre maggior valore pure la via sottocutanea. Infatti la ritenzione che si ha di tali sostanze, minore o maggiore a seconda della minore o maggiore vascolarizzazione delle regioni in cui vengono iniettate, può turbare l'esattezza della prova.

Dobbiamo ricordare che recentemente è stata ripresa la prova dell'ingestione di limonata fosforica (Derrieu-Bonnet) con la quale si mette in evidenza la deficente funzione ammonico produttrice ed eliminatoria degli ioni acidi nel rene ammalato.

Preferite sono le vie di somministrazione endomuscolare ed endovenosa. Quest'ultima sarebbe la via di scelta per evitare l'inconveniente della ritenzione della sostanza nei tessuti, ma gli inconvenienti che l'iniezione endovenosa, sia pur raramente, può presentare in soggetti da poco operati, ci hanno indotti a preferire, nelle nostre osservazioni, la via endomuscolare.

A noi quello che più importa vèdere è il modo di comportarsi del rene di fronte ad una sostanza estranea iniettata sempre nello stesso punto con la stessa tecnica, e nella stessa quantità, prima e dopo l'atto operativo. Ammesso che una parte di questa sostanza vada dispersa perchè ritenuta in un tessuto, l'inconveniente si verificherà nella stessa maniera tanto nell'osservazione fatta prima come in quella fatta dopo l'atto operativo e il risultato a cui si mira non verrà così falsato. L'urina può venire presa direttamente dai reni mediante cateterismo degli ureteri, oppure dalla vescica mediante cateterismo vescicale o in seguito a minzione spontanea. Preferibile il cateterismo della vescica a meno che non si voglia fare una diagnosi di sede nel qual caso sarà necessario il cateterismo degli ureteri. Si deve notare però che la presenza del catetere nell'uretere inibisce la secrezione e diminuisce la quantità di sostanza eliminata. Alcune sostanze si rendono evidenti in particolari ambienti e così la fenolsulfonftaleina si rende evidente soltanto in ambiente alcalino. Perciò non serve ad un esame cistoscopico di sede della funzionalità renale.

Oltre all'inconveniente della ritenzione in vari organi, si muovono altre obbiezioni al metodo della eliminazione di sostanze coloranti.

Si dice per esempio (Papin) che, poichè l'eliminazione di sostanze segue le stesse leggi dell'eliminazione dell'urea, non è affatto necessaria la prova quando noi abbiamo calcolata questa sostanza.

A ciò si risponde che la eliminazione delle sostanze coloranti non è influenzata dalla poliuria, nè dalla febbre, nè dall'insieme di quei fattori extra-renali che possono compromettere la espressione della funzionalità renale negli esami basati sulla ricerca e dosaggio delle sostanze escrementizie abituali.

Sono dagli oppositori del metodo citati casi di indubbia integrità renale con eliminazione di sostanze coloranti scarsissima e viceversa casi di eliminazione normale con accertate lesioni bilaterali.

Si può rispondere a questa obbiezione che in certi casi di lesioni renali bilaterali come nella tubercolosi del rene, si stabiliscono compensazioni funzionali che simulano una non esistente integrità dell'organo. Benchè questo spieghi ma non giustifichi l'insufficenza del metodo.

In questi ultimi tempi dopo aver sperimentata la sostanza, il Bonadies venne a queste conclusioni:

1) Non esiste della fenolsulfonftaleina una curva tipica di eliminazione.

2) La poliuria può influenzarne la eliminazione ora aumentandola ora diminuendola.

3) Nei soggetti con un solo rene non dà la misura esatta della funzionalità renale così che un soggetto che non accusa alcun disturbo di ritenzione ureica, può avere una eliminazione di sostanza in proporzioni ridotte.

4) La prova della fenols. può dare risultati di cattiva funzionalità indipendenti da lesioni del parenchima renale.

5) Nelle nefriti non ci ragguaglia sullo stato di funzionalità renale.

6) Nei prostatici la eliminazione non è in rapporto con la gravità dei sintomi presentati.

7) Nella tubercolosi renale e nelle altre lesioni distruttive del rene la prova è poco fedele.

8) Nel cateterismo degli ureteri non può dare risultati attendibili per effetto dei fenomeni nervosi di inibizione. Lo stesso dicasi per la calcolosi renale.

Da tutto ciò si vede come il metodo della eliminazione di sostanze coloranti non trovi unanimi consensi e come debbano smorzarsi gli eccessivi e troppo affrettati entusiasmi.

Gli istrumenti usati per il dosaggio delle sostanze coloranti eliminate sono svariati. Gli spettrofotometri e gli spettrocolorimetri o sono poco esatti o sono inadatti data la loro eccessiva mole. Più comodi e sufficentemente, adatti almeno per quanto riguarda una diagnosi e una prognosi chirurgica sono i colorimetri.

È vero che l'occhio umano (che gioca la parte più importante nell'uso dello strumento) ha sensibilità per i colori, varia da individuo a individuo, ma siamo pur convinti che quando le valutazioni sono fatte sistematicamente, dallo stesso individuo la pratica che questi acquista nel rilievo delle variazioni anche piccole di colore può almeno in parte ovviare a questo inconveniente.

Noi abbiamo voluto far controllare da altre persone di facoltà visive normali i dati da noi rilevati ed abbiamo potuto constatare che le loro cifre corrispondevano alle nostre o di poco da queste si allontanavano.

Fu da noi usata la fenolsulfonftaleina. Questa sostanza venne provata per la prima volta dal Gerachty e dal Rowntree. In seguito la esperimentarono il Tager, il Widal, il Pasteur, Vallery-Radot, il Pirondini in Melanotte, il Raimondi, il Bonetti, il Cassuto ed altri.

Come si disse, può venire introdotta nell'organismo per iniezione endomuscolare od endovenosa. Noi preferimmo la via endomuscolare per le ragioni sopra esposte, servendoci delle fialette messe in commercio dall'Istituto Chemioterapico Milanese e misurando la quantità di sostanza eliminata col cromoscopio nefrometrico, consigliato dall'Istituto stesso.

La dose iniettata è di grammi 0,006 in un cc. di acqua; la quantità eliminata da un individuo normale nei primi settanta minuti deve aggirarsi fra il 50 e il 60 %.

Dobbiamo subito dire che benchè da noi si fossero usati tutti gli accorgimenti suggeriti (misurazione esatta della quantità introdotta, valutazione della quantità eliminata affidata a più persone, prelevamento delle urine col catetere ecc.) abbiamo trovato spesso eliminazioni inferiori al 50% raramente superiori a questa cifra e mai sopra il 60%.

La prova venne praticata la sera prima dell'operazione ed una seconda volta la sera stessa del giorno dell'operazione. Quando i dati ci parvero poco attendibili ripetemmo la prova due ed anche tre volte. La regione scelta per l'iniezione fu la massa muscolare sacro-lombare. I risultati sono i seguenti:

Eliminazione postoperatoria invariata o con piccole variazioni in più o meno rispetto a quella preoperatoria, *nel* 20 % *dei casi.*

Eliminazione mediocremente diminuita nel 25 % *dei casi.*

Eliminazione fortemente diminuita nel 25 % *dei casi.*

Eliminazione aumentata nel 15 % *dei casi.*

Le forti diminuzioni di eliminazione si verificarono in pari misura tanto dopo atti operativi eseguiti con anestesia generale che con anestesia locale e non furono in rapporto con la maggiore o minore complessità dell'operazione.

Da tutto ciò si può dedurre che il trauma operatorio nel maggior numero dei casi apportò leggere o mediocri diminuzioni di eliminazione della fenolsulfonftaleina, che, cioè, da tale prova risultò come soltanto in un piccolo numero dei casi il trauma operatorio determinò rilevanti alterazioni del parenchina renale esaminato.

La eliminazione non venne influenzata dalla poliuria o dalla oliguria.

*
* *

Che il trauma in genere, e il trauma operatorio in ispecie, apportino turbe nel tasso ureico sanguigno e urinario è cosa da tempo acquisita.

Dove non si è d'accordo si è nello stabilire se la maggiore o minore ritenzione dell'urea nel sangue sia dovuta ad insorte alterazioni renali o dipenda da altri fattori extrarenali.

Anche recentemente il Gottalorda ha riscontrato una iperazotemia transitoria detta *punto azotemico* negli operati e nei traumatizzati. Il fatto che si riscontra tale iperazotemia indipendentemente dall'impiego o no della narcosi starebbe a dimostrare che essa sarebbe dovuta non all'effetto nocivo del narcotico ma ad altri fattori come la disintegrazione dei tessuti, e questo contrariamente all'opinione di altri autori come il Chevassu, Bathery ed altri.

Arnaud trovò negli operati azotemie che raggiungevano 1,75 per mille senza alcun segno clinico. Erano indipendenti dal genere di anestesia usata e non si potevano attribuire, come fanno altri, alla disidratazione dei tessuti (che si de-

termina negli operati per effetto delle perdite di sangue, per l'aumentata sudorazione e per l'astensione delle bevande) perchè si riscontravano anche in soggetti nei quali il regime alimentatore non veniva modificato. Il Widal-Aiuad afferma che tali azotemie non aggravano il pronostico post-operatorio perchè passano spesso clinicamente inosservate.

Come si disse, non tutti attribuiscono ad una lesione renale tali azotemie ed il Maragliano, ritirando la costante di Ambard, affermava che le alterazioni sia quantitative che qualitative dei resti azotati dipendenti dalla disintegrazione delle albumine e che normalmente si trovano nel sangue sono indipendenti dalla funzionalità renale e sono invece in rapporto con complessi fenomeni del ricambio, con la quantità delle albumine elaborate e col momento di loro elaborazione. L'urina non rispecchia la situazione azotemica ed il rene sano non lavora in via eliminatrice proporzionalmente alle quantità di scorie azotate esistenti nel sangue.

Un aumento dell'azoto ureico nel sangue può significare lesione renale se nello stesso momento è accompagnato da una diminuzione dell'azoto ureico dell'urina. Ed il Grehant sentì per primo la necessità di paragonare il tasso ureico del sangue dell'individuo in esame, al tasso ureico delle urine prese nello stesso istante.

Ambard completò il metodo proposto dal Grehant esprimendo con la formula

$$K = \frac{Az}{\sqrt{D \cdot \frac{70}{P} \cdot \sqrt{\frac{C}{25}}}}$$

il rapporto costante esistente fra i termini azotemia (az) o quantità di azoto ureico contenuto in un litro di siero sanguinio, *concentrazione* (c) o quantità di azoto ureico contenuta in un litro di urina presa nello stesso momento in cui fu preso il sangue e *debit* (d) o quantità assoluta di urea eliminata nelle 24 ore. P sarebbe il peso corporeo dell'individuo in esame. Questo rapporto costante sottostà alle seguenti leggi:

1) Quando la concentrazione dell'urea nell'urina non varia, il *debit* è proporzionale al quadrato della concentrazione dell'urea nell'urina.

2) Quando la concentrazione dell'urea nel sangue non varia ed il soggetto elimina nell'urina l'urea a concentrazione variabile, il *debit* è inversamente proporzionale alla radice quadrata della concentrazione dell'urea nell'urina.

3) Quando la concentrazione dell'urea tanto nel sangue che nell'urina sono variabili, il *debit* ureico varia in proporzione diretta del quadrato della concentrazione dell'urea ed in proporzione inversa della radice quadrata della concentrazione dell'urea nell'urina.

Questo rapporto sarebbe dunque rappresentato dalla formula

$$K = \frac{Az}{\sqrt{D \cdot \sqrt{C}}}$$

Ambard tiene pure conto del peso corporeo, perchè non è logico dare lo stesso valore al *debit* di un individuo del peso di trenta Kg. come a quello di un individuo di cento Kg. di peso. Essendo il peso del rene proporzionale al peso del corpo si fa il rapporto $\frac{70}{P}$ cioè il rapporto tra il peso medio dell'uomo ed il peso del soggetto esaminando e si considera concentrazione tipo quella del 25 per mille. Sono state proposte delle aggiunte; così il Brugi consigliò di tener conto della temperatura del corpo e il Condorelli, della viscosità del sangue e della pressione arteriosa. Però la necessità di tali aggiunte non è ancora sufficientemente provata.

Il valore normale di K si aggira intorno a 0,070, le sue variazioni non sono in rapporto con le variazioni di eliminazione di altre sostanze attraverso i reni come i cloruri e il glucosio. È in stretto rapporto inverso con la quantità di parenchima renale secernente innalzandosi la K quanto più diminuisce la massa funzionante del rene.

Essa sale per esempio a 0,100 quando manca interamente la funzione di un rene senza intervenuta ipertrofia compensatrice nell'altro rene.

La presa dell'urina e del sangue devono essere fatte nello stesso momento altrimenti viene a mancare la ragione d'essere della K stessa.

La K deve essere interpretata con somma prudenza nelle seguenti condizioni:

1) nella nefrite idropigena che porta un abbassamento nella K;

2) nel diabete nel quale pure è abbassata;

3) negli stati febrili che la abbassano;

4) nel cateterismo degli ureteri che l'innalza;

5) nella gravidanza.

Per i particolari di tecnica rimandiamo ai trattati d'urologia.

La prova della costante di Ambard ha avuto sin dal suo apparire forti sostenitori ma non meno valenti e numerosi oppositori. Non ci sembra il caso di citarli. Basti per esempio ricordare che il Nicolich affermava che non avrebbe mai praticata una nefrectomia per il solo responso favorevole di una prova funzionale basata su complicate formule algebriche.

Noi l'abbiamo calcolata prima e dopo l'atto operativo in un gruppo di quarantasette ammalate, operate sia sotto anestesia locale che sotto anestesia generale, affette dalle più svariate forme morbose.

Abbiamo avuto cura di osservare con la massima esattezza, tutti i particolari di tecnica. Le urine e il sangue vennero prelevati contempo-

raneamente il giorno prima ed il secondo giorno dell'operazione. L'urina venne estratta con il catetere vescicale; si badò che i reagenti fossero sempre freschi, che la soluzione di urea fosse esattamente titolata, che i materiali fossero esaminati subito dopo estratti. Si evitarono tutti i casi sopracitati (febbre, diabete, ecc.).

Ci servimmo, per il dosaggio dell'urea, dell'ureometro del Ferria che unisce alla grande praticità una sufficente esattezza.

In alcuni casi si controllarono i dati ricavati usando altri ureometri come quello del Segre ecc.

Nei casi che ci sembrarono più strani ripetemmo la prova tre e anche quattro volte a breve distanza di tempo l'una dall'altra.

Dobbiamo anzitutto dire che nel maggior numero dei casi le variazioni delle K non furono esattamente parallele a quelle della eliminazione della fenolsulfonftaleina, nel senso che per esempio, ad un notevole innalzamento della K non corrispose un proporzionato abbassamento nella quantità di fenolsulfonftaleina eliminata.

Inoltre è da notare che nel maggior numero dei nostri casi, tanto prima che dopo l'atto operativo, si trovarono delle K superiori alla media di 0,070 stabilita come normale. Si ritiene generalmente che ad un individuo con un solo rene funzionante senza ipertrofia compensatoria dell'altro rene corrisponda una K di 0,100. Con un parenchima renale superstite corrispondente a mezzo rene, cioè ad un quarto della massa renale totale, la K sale a 0,150 e con un quarto di reni si avvia a 0,200. In base a queste considerazioni si ritiene che quando in un ammalato di malattia non renale si trova una K che supera 0,200 è meglio astenersi da qualsiasi intervento. Questo presenta già dei pericoli con una K di 0,150. Per gli ammalati di malattie renali si ritiene favorevole una K che non superi 0,100, malfida quella che si trovi fra 0,110 e 0,120, sfavorevole quella al di sopra di 0,150. Anche noi però abbiamo trovato quello che da altri è stato pure constatato e cioè un *andamento operatorio buono con K che oltrepassavano questi limiti.* Così potemmo osservare la sopravvivenza di una giovane affetta da pielonefrite operata di nefrotomia destra con K preoperatoria di 0,210 nonchè decorsi operatorii dei migliori con K preoperatorie di 0,150 - 0,180 - 0,200. *Il trauma operatorio apportò elevazioni notevoli della K (da 0,080 a 0,200 e più) nel 40 % dei casi; aumenti piccoli (da 0,070 a 0,120) o nessun aumento nel 30 % dei casi e abbassamento della K pure nel 30 % dei casi. Gli aumenti maggiori si verificano dopo operazioni praticate con anestesia locale* e ciò meraviglia un po' perchè dopo tali interventi si permetteva ai P. l'uso di bevande prima che a quelli che avevano subito operazioni con anestesia generale. Mancava, cioè, in quei casi uno di quei fattori che sembra possano favorire l'aumento delle K, cioè l'oliguria.

L'elevarsi notevole della K dopo l'atto operativo non era in rapporto con la complessità e la durata dell'atto operativo. In complesso anche da questa prova funzionale risulta che nel maggior numero dei casi (60 %) le alterazioni renali determinate dal trauma operatorio sarebbero lievi o nulle.

Non è tascurabile però la cifra del 40 per cento dei casi in cui la K fu abbastanza elevata. Tuttavia è da notare che in quasi tutti questi casi di K elevate i segni clinici non destarono mai alcun allarme e il decorso post-operatorio fu dei migliori. *(Continua).*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

La medicazione endouterina con l'olio canforato contro la sepsi puerperale.

Dott. G. B. GARZOLI.

Benchè siano ormai lontani i tempi in cui la sepsi puerperale mieteva gran numero di vittime, e oggidì siano frequenti i casi lievi, ciò che fa pensare ad attenuazione dei germi infettivi per opera delle sostanze antisettiche usate anche dal volgo, non si può tuttavia dire che i casi di setticemia siano tanto rari da togliere ormai importanza ai mezzi proposti per la loro cura.

Vi sono purtroppo i casi gravissimi e quelli letali, e continuano a comparire relazioni sopra metodi di cura, tra cui la moda attuale porta ad oltranza quelli biologici. Ciò dimostra che si tratta d'una complicazione frequente e temuta. Nella zona ove esercito come medico condotto da parecchi anni, molto montuosa e di difficile accesso, l'occasione di veder casi di sepsi puerperale gravi è piuttosto frequente, e per di più è caso comunissimo che si tardi a richiedere il medico per vari giorni, quando l'aggravamento si fa minaccioso. Perciò mi si è presentata l'occasione di provare ancora le irrigazioni endouterine di olio canforato, proposte per questi casi da Cavazzani (1), e il risultato di queste semplicissime medicazioni ha così ben corrisposto da invogliarmi a render pubblici i casi occorsimi, per incoraggiare i colleghi a provare alla loro volta, certi che il metodo è sicuramente innocuo ed efficacissimo. Avrei forse omesso di farlo se in questi giorni non fosse comparsa una conferma entusiastica nella *Rivista d'Ostetricia e Ginecolo-*

---

(1) T. CAVAZZANI. *L'olio canforato contro la sepsi uterina puerperale.* Policlinico, Sez. pratica, fascicolo 20, 1926.

gia pratica (anno IX, n. 4), pubblicata dal dottor S. Damaggio di Trapani: « Sull'efficacia delle iniezioni endouterine di olio canforato nella sepsi puerperale. Contributo casistico ».

Lo scetticismo di alcuni, la freddezza di altri, sopratutto verso ciò che è nostrano e non porta etichette di « scuole » per noi, Medici Condotti, abbastanza ingiustamente posti ai piedi della scala gerarchica, fa l'effetto d'una doccia fredda, tende a tarparci le ali, ci fa temere d'essere in perpetuo errore; benchè la voce della ragione ci assicuri che anche noi abbiamo occhi per vedere, orecchi per sentire, cervello per ragionare, e un materiale di osservazione e di studio, che, se non è ornato di frangie, ha però il pregio di non essere scelto con preconcetti, nè... accomodato alle teorie, ma naturale e genuino. Perciò una riluttanza ad uscire dalla oscurità del quotidiano lavoro per farci sentire davanti alla critica. Ecco come lo scritto del collega di Trapani incoraggia il mio.

In vari casi leggeri non ho usato altro che le consuete misure d'igiene: non faccio menzione d'alcuni casi di sepsi postabortiva, nei quali (oltre all'iniezione di olio canforato) fu praticato il raschiamento per residui pacentari, sufficente da solo a produrre la guarigione: riferisco soltanto tre casi gravi, curati col solo metodo Cavazzani.

CASO I. — Mor. T., anni 32, di Scareno, primipara. Parto laborioso, ma normale Vista in V giornata. Febbre 40°, polso sopra 120, abbattimento; lingua arida: lochiazioni scarse, fetide. Disinfezione della vagina e del collo uterino; lavanda endouterina salsoiodica, iniezione endouterina di olio canforato 10 %. Dopo questa iniezione la paziente, che è un soggetto nervoso, accusa forte bruciore che si calma però dopo dieci minuti. Di queste lavande con l'olio canforato ne furono fatte tre, ottenendo con la terza la apiressia e la guarigione.

CASO II. — Mart. G., età 48 anni, pluripara d'Intragna. Parto nomale. In 4ª giornata brivido intenso, innalzamento termico sui 40°. Vista in V giornata. Lingua arida, polso 120°, lochiazioni scarse; dolente tutto l'addome; sul collo uterino patina biancastra. Disinfezione vaginale e del collo, lavanda salsoiodica endouterina, iniezione endouterina di 40 cmc. di olio canforato 10 %; medicazioni ripetute; dopo la terza iniezione, detersione del collo, remissione della febbre, benessere generale; apiressia dopo la V.

CASO III. — Borella C., d'anni 24, da Cambiasca. Parto normale: vista in V giornata: febbre 39.5-40°: lingua arida, polso 120; lochiazione scarsa, dolenti i quadranti inferiori, specie il destro. Disinfezione vagina e collo. Furono fatte cinque iniezioni d'olio canforato col solito metodo: dopo la terza, remissione febbrile fino a 37.5: dopo la V apiressia.

Sono storie scheletriche, come le cure possibili in paesi sperduti sui monti e talora, come in un caso, nelle cascine degli alti pascoli. Il medico arriva quando può, e non sa, entrando in casa, se troverà un malato o un morto. Non sono dunque storie, ma appunti ed io li trascrivo tali e quali. In altri casi facevo per solito iniezioni colloidali d'argento, usavo sieri cosidetti specifici: in questi non si fece alcun'altra cura che questa locale con la canfora. La rapidità delle guarigioni non è equivoca: l'assenza di postumi e di altre complicazioni, benchè non si possa legittimamente attribuirla alla cura, tuttavia non si può neanche negarla. Da qualche informazione avuta dai colleghi Zanotti e Galloni, che usano lo stesso metodo di cura, e se ne dichiarano soddisfatti, sembra che l'assenza di complicazioni e la rapida guarigione formino uno dei caratteri preziosi della cura. L'altro, assai notevole, è la semplicità a portata di qualunque medico, ed occorrendo della levatrice bene istruita e fornita dei mezzi necessari. Non indifferente è il vantaggio economico sia per il poco costo dei medicinali, e più per l'abbreviamento della malattia, che però non intendo dire esclusivo di questa cura, potendo anche con gli altri mezzi aversi dei decorsi favorevoli e rapidi: soltanto lunghe statistiche potranno dire se e quanto un metodo prevalga sopra un altro.

Quale la ragione di questa distinta azione curativa dell'olio conforato? Il Cavazzani suppone che la canfora abbia una azione elettiva contro gli streptococchi e la sua supposizione si fonda sopra osservazioni cliniche nella cura della erisipela con la soluzione eterea tannino-canforata. L'erisipela guarisce in tre giorni, talvolta in meno, rare volte in più, mediante le pennellature della soluzione di canfora ed acido tannico (ana 8 % in etere solforico) purchè siano fatte metodicamente (2). È vero che l'acido tannico ha per suo conto una certa potenza antisettica, però non capace da sola di ottenere gli stessi effetti, come se associata a quella della canfora (3).

Ma nel caso della endometrite settica è semplicemente in causa l'azione antistreptococica chimica, oppure entrano dei fattori di altra natura?

Se si considerano i risultati della pura asepsi,

(2) Questa cura della eresipela consiste nella pennellatura con soluzione tannica canforata eterea sulla regione erisipelacea e sui tratti circostanti ripetuta ad intervalli da due a tre ore. La soluzione si fa essicare con corrente d'aria e, ripetendo più volte di seguito strati di soluzione, si ottiene una pellicola bianca sopra la parte che si vuol curare. L'uso di questo rimedio si trova insegnato dal Trousseau nelle sue Lezioni di Clinica Medica a propostio della eresipela dei neonati. La sua applicazione metodica fu preconizzata da G. CAVAZZANI. Recentemente nella grande guerra fu di grande utilità nelle frequenti erisipele dei feriti.

(3) La soluzione di tannino al 3 % è proposta come mezzo di disinfezione delle mani nella chirurgia. Sembra che essa fissi i germi alla cute, ma non li sterilizzi.

ottenuti in clinica contro le infezioni già sviluppate, usando soltanto gli impacchi di soluzione salina fisiologica sterile calda, si deve riconoscere che uno dei fattori più importanti nella lotta contro le infezioni sta nelle difese naturali opposte dai tessuti che non siano necrotizzati o fiaccati con inopportuni trattamenti. Molto spesso si ha occasione di vedere delle lesioni traumatiche soggiacere a lunghe suppurazioni per escara chimica causata dalle troppo generose irrigazioni antisettiche.

Analogamente dicasi intorno ai danni prodotti dalle manipolazioni violente, quali per esempio i raschiamenti uterini nelle sepsi gravi, oppure le operazioni sopra tessuti in preda ad infezioni già attenuate, le quali divampano nuovamente dopo l'intervento. In una ferita aperta e ben drenata il miglior topico è la secrezione stessa dei tessuti, ed il riposo: se invece esiste del ristagno le cose corrono diversamente. Forse in un utero puerperale la sepsi sarebbe impossibile se le secrezioni venissero emesse di mano in mano che vanno formandosi; il ristagno dà ai bacteri un terreno di cultura sottratto ai poteri sterilizzanti del sangue vivo e circolante. In tal caso non vi è antisettico che valga a troncare l'infezione, e solo una immunizzazione per via biologica (sieri, vaccini, stomosine, proteine) potrebbe aver ragione della malattia qualora l'organismo non abbia in sè stesso bastanti poteri immunizzanti. Ma l'esperienza insegna che le sepsi puerperali non hanno tendenza spontanea alla guarigione, e, se pur non vogliono la vita delle puerpere, vanno esaurendosi dopo una prolungata malattia, con postumi lunghissimi o perpetui.

Secondo le vedute del Cavazzani, l'olio canforato ha agito altresì in parte facilitando lo scarico delle secrezioni uterine. Se ciò è vero, anche il semplice olio dovrebbe bastare, e si verrebbe a spiegare il beneficio per mezzo di una azione fisica; si tratterebbe d'una antisepsi fisica. L'azione antistreptococcica sarebbe aiutata dall'azione fisica.

Questa spiegazione ha il merito di essere conciliativa: grande merito veramente in patologia ove dominano i rapporti multipli, gli adattamenti, le sinergie.

Un altro merito di questa semplice cura sta nel rispettare l'integrità del tessuto perchè l'olio, che non si scioglie nè si mischia coi liquidi acquosi dell'organismo, non può penetrare nelle cellule dell'endometrio, non può produrre coagulazioni, nè imbibizioni edematose, quindi neppur necrosi, come invece fanno tutti i medicamenti chimicamente antisettici. Esso infine non venendo assorbito (salvo in minima parte per osmosi) non ha azione sull'intera economia e così può vantare un altro e non piccolo pregio, cioè che, se per avventura non fosse utile, per certo non è dannoso. Perciò questa cura che potremo dire *cura Cavazzani*, esaminata sotto tutti gli aspetti, non presenta il fianco ad alcuna critica, salvo degli aprioristici i quali vorremmo invogliare a metterla alla prova prima di condannarla.

La sola opposizione potrebbe consistere nell'esperimento negativo, ma per intanto appare dai casi del Cavazzani, del Domaggio, dai miei e da quelli inediti dei dottori Galloni e Zanotti, che il metodo non ha mai mancato al suo ottimo effetto.

Per comodità di chi volesse sincerarsene alla prova, ripeto qui le regole da osservarsi per la corretta applicazione della cura.

Si lavi sufficientemente la vagina con soluzione salina fisiologica sterilizzata con la bollitura e addizionata con circa l'un per mille di tintura di iodio (un cucchiaino in due litri d'acqua). Si appronti una siringa grossa caricata con olio canforato al dieci per cento, uno specolo vaginale, un catetere oppure una cannula per irrigazioni endouterine raccordabile con la siringa, ed una pinza da medicazione ginecologica. Il tutto sia sterilizzato con ebollizione e a portata di mano sopra pannolino sterilizzato, insieme a qualche compressina di garza pure bollita. Tutto ciò è facile ad ottenersi in qualunque catapecchia.

Messo lo specolo, deterso (se occorre) il collo uterino e spennellato questo con tintura di iodio, si faccia passare della soluzione fisiologica nella cavità uterina, se si suppone presente liquido stagnante, altrimenti questo momento si tralascia e, si procede senz'altro a iniettare nella cavità uterina l'olio canforato, in quantità non minore di 20 cmc.; preferibilmente lasciandolo uscire e ripetendo l'introduzione due o tre volte.

La medicazione si ripete una volta al giorno, e si facciano interpolare delle irrigazioni vaginali di pulizia.

Mentre era già compilata la presente nota mi venne fatto di controllare l'efficacia del metodo in un quarto caso che riferisco in riassunto:

Rossi D., di 25 anni, primipara, di Suna: parto laborioso, normale. Piccola lacerazione del perineo che non richiede sutura. Vista in terza giornata. L'innalzamento termico, avvertito dal giorno prima, arriva sui 38.8, il polso sui 120. Condizioni generali depresse, insonnia: lochiazioni scarse appena odoranti, patina biancastra sul collo e sulle pareti vaginali contuse nello sforzo del parto: addome palpabile, discretamente dolente al quadrante inferiore destro. Disinfezione della vagina e dell'utero che non presenta ristagno di materiale; iniezione endouterina di 40 cmc. d'olio canforato. Dopo la seconda medicazione abbassamento della temperatura a 37.5, polso 88, euforia. Dopo la terza apiressia completa.

Suna, maggio 1927.

COMMENTI.

Per un'azione sistematica contro la malaria infantile.

Ill. Sig. Redattore Capo del *Policlinico*,

Leggo — un poco in ritardo —, sul fascicolo 27 della Sezione pratica del *Policlinico*, un pregevole articolo del Prof. T. Rossi-Doria, diretto a stimolare un'azione sistematica contro la malaria infantile. Lo scopo dell'articolo è nobile e l'azione invocata dall'A. è veramente doverosa in ogni paese infestato dalla malaria, essendo indubbia la grande frequenza e la gravità di questa infezione nell'infanzia e la relativa facilità con la quale può passare inosservata, dati i peculiari caratteri di essa in quella età.

Devo dolermi però che il prof. Rossi-Doria, nel menzionare, e giustamente, in special modo utili, ai fini dell'azione da lui invocata, i sanatori malarici infantili e l'opera delle scuole rurali, abbia citato, per il Lazio, soltanto il Sanatorio del prof. Gosio a *Nettuno* (deve leggersi *Grottaferrata*) e le scuole dei contadini nelle Paludi Pontine, dimenticando quello che, su assai più larga scala, si fa oggi a questo proposito nell'Agro Romano. Il prof. Rossi-Doria, che fu geniale e attivissimo assessore del Comune di Roma quindici anni or sono, ignora, senza dubbio in perfetta buona fede, che da allora ad oggi un po' di cammino si è compiuto per una più completa organizzazione della lotta antimalarica nel nostro territorio. Forse la colpa della mancata conoscenza del cammino percorso è nostra, perchè ci siamo sempre poco curati di valorizzarlo. Ma ora riconosciamo il nostro errore. E, come abbiamo fatto appello recentemente alla rivista di *Malariologia* per la pubblicazione della relazione sulla campagna antimalarica nell'Agro Romano dell'anno decorso, così contiamo sulla generosità del *Policlinico* perchè voglia rendere nota l'opera del Governatorato di Roma *contro la malaria infantile* nell'Agro Romano, pubblicando la breve relazione compilata in merito dal dott. Escalar, medico capo del nostro servizio antimalarico. Ed io sarò particolarmente grato alla Sua sempre squisita cortesia, se vorrà premettere a tale relazione queste mie righe, le quali, se mirano al riconoscimento di un'opera per la quale il Governatorato — sia detto a suo grande onore —, non ha lesinato i mezzi, intendono sopratutto associarsi completamente alle parole dell'egregio prof. Rossi-Doria per incitare tutti ad un'azione più rigorosa contro la malaria infantile.

Con ringraziamenti ed ossequi

Dev.mo: G. PECORI.

NOTA. — Faremo posto alla relazione del dottor Escalar in un prossimo numero.

SUNTI E RASSEGNE.

CUORE

Cura chirurgica della sinfisi cardiaca.

(DESPLAS B. *Journal Med. Français*, n. 12, 1926).

L'A. ricorda anzitutto come la sinfisi cardiaca o anchilosi del cuore di Bouillaud, o altrimenti mediastinite callosa adesiva è una malattia consecutiva ad infezione reumatica o tubercolare caratterizzata da disturbi meccanici dati alle contrazioni del cuore dalle aderenze invincibili del pericardio alla parete toracica. Per quello che si riferisce all'anatomia patologica della lesione il foglietto esterno del pericardio è molto aderente alla faccia profonda dello sterno; i due foglietti del pericardio sono saldati l'uno all'altro e la loro aderenza è talmente intima che quasi mai si riesce a dissociarla di modo che la cavità virtuale pericardica è completamente scomparsa. Spesso le lesioni non sono limitate al pericardio. Il cuore è più o meno spostato a sinistra e fissato da aderenze invincibili alla parete toracica ed è sempre dilatato. Il miocardio presenta segni di degenerazioni; il fegato, i reni, i polmoni presentano segni di asistolia terminale.

Quanto alla fisiologia patologica non sembra che la sinfisi intra-pericardica possa aumentare di molto il lavoro del miocardio mentre è logico pensare che le aderenze eccessivamente solide portino un considerevole disturbo al volume del cuore nella sistole e nella diastole.

Per quello che si riferisce alla cura sono stati proposti numerosi metodi e cioè: 1° nel 1895 Weill di Lyone propose la sezione di tutte le aderenze. 2° 1898 Delorme consigliò la decorticazione del cuore sezionando le aderenze intrapericardiche. Se le aderenze sono molto numerose consiglia di sezionare il pericardio nei punti in cui si attacca al diaframma.

Questi due metodi non furono mai usati praticamente sul vivente. 3° Considerato che i disturbi cardiaci sono consecutivi alle aderenze del cuore alla parete toracica rigida è logico pensare che mobilizzando la regione precordiale la meccanica cardiaca riprenderà il suo funzionamento fisiologico. Spetta al Brauer nel 1902 il merito di aver proposto la resezione delle costole (cardiolisi alla Brauer). Tale intervento secondo Schwartz è più logico chiamarlo toracectomia precordiale.

Per le indicazioni operatorie vi sono due segni patognomonici: 1) la retrazione sistolica della parete toracica che può interessare uno o più spazi intercostali. 2) Lo shoch diastolico, accessoriamente la stasi venosa e il collasso venoso diastolico Friedreich.

I sintomi funzionali sono rappresentati dall'asistolia precoce, progressiva, rapida.

Bisogna intervenire quando la diagnosi è certa; Vaquez e Hartmann dicono che il momento opportuno è quando i medicamenti cardiaci, specie la digitale, non sono più efficaci. Occorre, quindi, operare precocemente e bisogna tener presente che la sinfisi cardiaca si associa spesso a lesioni miocardiche e valvolari. Quanto all'anestesia è opportuno praticare l'anestesia regionale con bloccaggio del territorio toracico e infiltrazione dei nervi intercostali. L'anestesia generale si userà soltanto quando il paziente sia molto agitato. Si pratica una incisione a cerniera esterna che scopra largamente la regione precordiale. Occorre resecare la III, IV e V costola e le loro cartilagini per una estensione variabile da 8 a 14 cm. di lunghezza. È controversa la questione se si debba o no praticare la resezione extra o sottoperiostea per evitare la rigenerazione dello scheletro. Secondo Schwurtz e altri la resezione sottoperiostea con asportazione accurata di tutto il periostio anteriore è il processo che ha corrisposto meglio allo scopo I risultati in generale sono stati buoni e l'intervento è relativamente benigno. Secondo la statistica di Hartmann che ne ha seguiti 63 casi si ha una mortalità del 12,7 %.

T. LAURENTI.

Dilatazione acuta del cuore: un pericolo sempre presente nelle iniezioni endovenose.

(J. H. CLARK. *The Journal of the Am. Ass.*, vol. 89, n. 1, 2 luglio 1927).

Fino a pochi anni or sono le iniezioni di sostanze medicamentose nella circolazione erano considerate come una pratica assai pericolosa; oggi invece moltissimi medicinali vengono appositamente preparati per essere somministrati per via endovenosa.

Le iniezioni endovenose non sono però del tutto prive di pericolo ed anche la semplice introduzione di soluzione di cloruro di sodio o di destrosio può produrre effetti disastrosi in presenza di debolezza del miocardio, fatto che spesso è considerato di secondaria importanza.

L'A. ha osservato nel Samaritan Hospital di Philadelphia la morte di due pazienti dopo iniezioni endovenose di soluzione di destrosio al 10 % e la morte di un terzo individuo dopo iniezione di soluzione di cloruro di sodio nelle vene.

Si trattava di individui giovani che avevano subito poco prima delle operazioni chirurgiche. Nel primo caso la p. era già prima dell'intervento sofferente di cuore, ma in buone condizioni generali. Nei giorni seguenti all'intervento le furono somministrati in varie sedute 1500 cmc. di soluzione di destrosio al 10 % per via endovenosa, senza reazione alcuna. Dopo la quarta iniezione ebbe brivido durato circa 20 minuti e accompagnato da forti dolori nella regione cardiaca e da senso di oppressione. La p. divenne cianotica ed espettorò grande quantità di catarro biancastro. Il polso era irregolare e scarsamente percettibile: la morte sopraggiunse dopo nove ore.

Nel secondo caso i disturbi insorsero poco dopo una sola iniezione di 475 cmc. di soluzione di destrosio: il p. ebbe freddo, divenne cianotico e morì dopo quattro ore circa.

Il terzo caso riguardava una bambina di nove anni operata di appendicite gangrenosa. Due giorni dopo l'intervento le fu fatta ipodermoclisi di soluzione di destrosio e l'indomani le fu somministrato nelle vene cmc. 425 di soluzione fisiologica: un quarto d'ora dopo la bimba divenne cianotica, il polso si fece piccolo e frequente. Fu tentato un salasso, ma senza risultato, perchè le vene erano collassate. La p. morì dopo circa un'ora e mezza per dilatazione acuta di cuore.

L'A. esclude subito come causa di queste morti, la impurità della soluzione di destrosio o le alterazioni della costituzione molecolare prodotte dalla sterilizzazione, poichè ogni soluzione di destrosio usata per via endovenosa veniva preparata nell'ospedale con destrosio purissimo e veniva gettata via, quando non era adoperata entro la giornata.

Data la sintomatologia dei disturbi, la causa delle morti, va posta in una dilatazione acuta del cuore. Essa può essere dovuta — come dice Hewlett — o ad indebolimento del muscolo o ad aumento eccessivo del lavoro di esso.

Ora in pazienti già debilitati da trauma operatorio o da intossicazione o già sofferenti di cuore, la introduzione nel circolo di notevoli quantità di soluzione fisiologica o di soluzione di destrosio conduce un ulteriore aumento di lavoro che porta ad un aumento della grandezza del cuore; questo ulteriore ingrandimento quando eccede da certi limiti provoca gravi disturbi della funzione cardiaca cui può conseguire anche la morte.

Di qui la necessità di vagliare attentamente le condizioni del cuore, del polso e della pressione del sangue dei pazienti prima di somministrare soluzione di cloruro di sodio o di destrosio nelle vene.

VICENTINI.

Il « salasso incruento » nella cura della ipertensione.

(WOLLHEIM e BRANDT. *Deutsch. Med. Woch.*, 1927, n. 16).

Dopo un salasso, i globuli rossi e l'emoglobina diminuiscono, e così pure le albumine del san-

gue; si eleva invece nel sangue stesso il tasso di Na Cl e zucchero. Esperienze pregresse già hanno dimostrato che tali effetti sono anche prodotti dalla iniezione intravenosa di 10 cmc. di acqua distillata nell'uomo; essi si verificano nelle due ore seguenti all'iniezione. Inoltre la pressione sanguigna, che negli individui sani rimane invariata, diminuisce di 20-40 mm. Hg negli ipertesi.

Le accennate variazioni della composizione del sangue si avverano anche con iniezioni di soluzioni di zuccheri, e non con soluzioni fisiologiche di Na Cl, il che dimostra che sono causate dal solvente acqua (negli anelettroliti) e non dalle sostanze iniettate. Solo, queste variazioni sono meno durature di quelle che seguono al salasso vero e proprio.

La causa di ciò non è a ricercarsi in una emolisi, poichè le ricerche spettroscopiche lo escludono. Pare invece che l'acqua iniettata apporti nei capillari variazioni di natura elettrochimica, provocando una vasodilatazione paradossa.

Questi fatti sono utilizzabili in terapia; difatti, il salasso cruento dà effetti di poca durata, è anemizzante, e non può costituire una pratica abituale. Invece l'iniezione intravenosa di acqua distillata può essere usata ripetutamente senza produrre questi inconvenienti.

I risultati ottenuti si possono dividere in quattro gruppi:

1) casi di ipertensione essenziale migliorati stabilmente e progressivamente con la cura;

2) casi nei quali la cura indusse fugaci abbassamenti della pressione, ma notevole miglioramento dei fatti subiettivi e obiettivi (casi di ipertensione genuina e di rene grinzo secondario);

3) casi nei quali nessun miglioramento si ottenne e nei quali la pressione rimase invariata, tranne che nel momento seguente l'iniezione (casi di ipertensione essenziale, alcuni dei quali con gravi crisi anginoidi, e casi di ipertensione a genesi bulbare, nei quali ultimi anche il vero salasso rimase senza effetto);

4) casi nei quali non si ebbero modificazioni di sorta nemmeno immediatamente dopo l'iniezione (ipertensione essenziale con lues, reni grinzi).

Un miglioramento si ebbe in 17 su 32 ammalati. Si notò pure che non si modificarono quei casi nei quali anche il vero salasso suole rimanere senza effetti.

Si comprende che non dovranno trascurarsi tutte le regole dietetico-igieniche inerenti a ciascun caso.

GARRONE.

RENE.

Il rene come organo del ricambio intermedio.

(C. ARTOM. *Morgagni*, n. 30, luglio 1927).

Il rene non dev'essere considerato come un semplice organo escretore, ma anche come sede di processi metabolici intensi.

Le recenti ricerche hanno potuto mettere in evidenza questa funzione renale, detta di sintesi protettiva, in quanto alcuni prodotti tossici introdotti nell'organismo, si eliminano attraverso il rene sotto forma di prodotti meno tossici.

Importante è la conoscenza di questo ricambio, e del modo come viene esplicato dal rene.

Acido ippurico. È il più importante ed anche il più perfettamente studiato.

Normalmente si eliminano con l'urina da mgr. 200 a 1200 ‰ di a. ippurico. Esso è in rapporto con l'alimentazione.

Sperimentalmente si può provocare un aumento nell'eliminazione dell'a. ippurico mercè l'introduzione di acido benzoico, il quale si coniugherebbe alla glicocolla, per essere eliminato sotto forma di a. ippurico.

Somministrando 10-15 gr. di a. benzoico all'uomo, se ne ha, dopo 24 ore, una eliminazione del 90 % sotto forma di a. ippurico, e dell'8-10 % sotto forma di a. benzoilglicuronico.

L'acido benzoico eliminato come a. ippurico proviene dall'a. benzoico degli alimenti vegetali, i quali lo contengono in tale forma, o sotto forma di corpi che danno origine all'a. benzoico (a. chinico). Anche l'a. fenilpropionico, proveniente dalla fenilalanina può produrlo.

La glicocolla, necessaria per tale trasformazione proviene dalle sostanze proteiche; verosimilmente però la glicocolla si formerà anche per sintesi, per la modificazione della molecola proteica, partendo dall'ammoniaca, o dall'acido o aldeide gliossilica.

Per dimostrare sperimentalmente l'azione del rene sulla trasformazione dell'a. benzoico e glicocolla in a. ippurico, s'è sottoposto il rene sopravvivente di cane a circolazione artificiale, e realmente s'è trovato presenza di a. ippurico nel sangue, nel tessuto e nel liquido defluente dall'uretere, dopo circolazione di sangue contenente a. benzoico e glicocolla. Non sembra però vera l'affermazione di Bunge e Schmiedeberg che nel cane il rene sia l'organo esclusivo della sintesi dell'a. ippurico. Gli AA. giunsero a questa affermazione per aver trovato a. ippurico nel sangue, iniettando a. benzoico e glicocolla dopo legamento degli ureteri; la nefrectomia invece faceva notare

assenza di a. ippurico, e presenza di a. benzoico coniugato.

Questo fatto confermato da altri nel cane, non è stato riscontrato negli altri animali.

La formazione dell'a. ippurico, a partire dall'a. benzoico e glicocolla è una sintesi per disidratazione, da alcuni considerata come una reazione endotermica, legata all'attività vitale della cellula renale, da altri invece legata ad un'azione enzimatica.

Il concetto della sintesi dell'a. ippurico fu da alcuni AA. usato per saggiare l'integrità renale, in alcune affezioni di quest'organo; i risultati non sono decisivi; si è osservato un ritardo nell'eliminazione in casi d'insufficienza renale, analogo a quanto avviene per il bleu di metilene. Bisogna intendere questo comportamento come un semplice ritardo, e non come una diminuzione della capacità renale ad operare la sintesi dell'a. ippurico.

Altre sintesi protettive. Non sono bene chiare, ed i dati sperimentali sono scarsi e mal sicuri.

Si ritiene che la sintesi dei composti fenolsolforici e indolsolforici si svolga nel fegato; ma non è escluso che il rene vi prenda parte. Infatti sembrerebbe che la sintesi dell'a. fenilacetico, il quale insieme alla glicocolla formerebbe a. fenilaceturico, si compia nel rene.

Il *metabolismo dei glucosidi* nel rene è stato dapprima dimostrato da U. Lombroso, il quale ha constatato come il rene consumi il glucosio contenuto in un liquido usato per la circolazione artificiale renale. Sarebbe pertanto importante stabilire la quantità di idrati di carbonio che il rene consuma per suo conto.

La *degradazione degli acidi grassi* riguarda la teoria della β-ossidazione di Knoop. Secondo gli esperimenti di questo A. essa consiste in ciò: gli acidi aromatici, con numero pari di atomi di carbonio (a. fenilbutirrico e a. fenilcapronico) si eliminano con l'urina sotto forma di a. fenilacetico, dopo la copulazione con la glicocolla, ed in parte con la glutamina; quelli con numero dispari di atomi di carbonio (a. fenilproprionico e a. fenilvalerianico) coniugati alla glicocolla danno origine all'a. ippurico.

Il fenomeno della β-ossidazione si svolge attivamente nel fegato; ma è stato trovato che esso si svolge anche nel rene, in seguito alle esperienze di Snapper e Grünbaum.

Corpi acetonici. I tre corpi acetonici (a. β-ossibutirrico, a acetacetico, acetone) che si producono nel diabete grave, si ritiene che siano la tappa terminale, a cui fa capo la β-ossidazione degli acidi grassi superiori. Dalle esperienze appare che nel fegato avviene una reazione reversibile, per cui l'a. acetacetico produce l'a. ossibutirrico, e questo a sua volta formerebbe l'a. acetacetico.

Questa ossidazione, osservata nel fegato, fu ricercata nel rene, e fu trovato che durante la circolazione artificiale il 70 % di acido β-ossibutirrico scompariva, senza che si formasse a. acetacetico od acetone, e quindi con un comportamento diverso a quanto avviene nel fegato.

Ciò è interessante in quanto l'acidosi durante il diabete grave è difficile a prodursi a rene normale, perchè il rene è capace di distruggere cospicue quantità di a. ossibutirrico fabbricate dal fegato; una lesione renale, durante il diabete, potrebbe aggravare le condizioni generali e favorire il coma acetonico.

Aminoacidi. Gli aminoacidi introdotti nel circolo, rapidamente scompaiono dal sangue, perchè assunti dai tessuti, specialmente del fegato e del rene.

Per quanto riguarda il rene, dalle esperienze risulta che gli aminoacidi si comportano diversamente: o si ritrovano depositati nel rene, o scompaiono dal liquido, con formazione di una quantità corrispondente di NH_3; o scompaiono senza formazione di NH_3, forse per complessi sintetici più elevati.

Urea. Le moderne ricerche farebbero escludere il fegato come organo dell'ureogenesi, la quale verrebbe attribuita al rene. S'è pensato che l'ureogenesi renale possa intendersi come una scissione idrolitica dell'arginina; ma tale fatto non è confermato.

Ammoniaca. Secondo la teoria classica l'ammoniaca riscontrata nell'urina sarebbe dovuta a quella piccola parte di ammoniaca che sfuggirebbe alla sintesi dell'urea, dopo la disaminazione degli aminoacidi. Però successive ricerche tendono a negare la presenza di ammoniaca nel sangue, per cui bisognerebbe pensare che il rene sia l'organo formatore dell'ammoniaca. Questa opinione è avvalorata dal fatto che la nefrectomia non produce aumento di ammoniemia; che le iniezioni di acidi o alcali mentre fanno aumentare l'NH_3 urinaria, non modificano l'ammoniemia; così pure il diabete florizinico, che provoca aumento di NH_3 urinaria, non fa variare l'ammoniemia. Vi sono inoltre altre ragioni e ricerche che tendono a stabilire l'origine renale dell'ammoniaca; anche sperimentalmente s'è notato che il rene fabbrica sempre ammoniaca.

Ammessa l'ammoniogenesi renale, di quale sostanza si serve il rene per formare l'NH_3?

Le esperienze tendono ad escludere la formazione dell'ammoniaca dall'urea; similmente resta allo stato d'ipotesi l'affermazione di Werner, la quale farebbe derivare l'ammoniaca urinaria dall'a. cianico, per la scarsissima quantità di cianato

presente nel sangue, e incapace a provocare una reazione. Restano come probabili elementi di formazione dell'NH_3: un processo di disaminazione degli aminoacidi, o una scissione idrolitica delle aminopurine, oppure per la rottura d'un legame amidico.

Pur essendo ancora incerta l'origine dell'ammoniaca, la sua presenza è importante per l'influenza che ha per l'equilibrio acido-basico del sangue, e quindi se essa è formata dal rene, quest'organo concorre a neutralizzare una certa quantità di acidi, mercè una corrispondente formazione di ammoniaca.

Creatina. Sembra che il rene concorra alla trasformazione della creatina in creatinina; questo fatto però non è sicuro, in quanto anche altri tessuti concorrono ad effettuarla, ed anche perchè non è accertata la derivazione della creatinina dalla creatina.

CARUSI.

I reni ed il coma diabetico.

(SNAPPER. *Medizinische Klinik*, 1927, n. 24).

È di comune esperienza che in parecchi casi di coma diabetico l'insulina non apporta alcun giovamento anche quando riesce a ridurre al normale la quantità di zucchero nel sangue e nell'urina e ad abbassare fortemente quella dei corpi chetonici. Il fatto è stato variamente interpretato: alcuni l'attribuiscono ad insufficienza del cuore in conseguenza delle lesioni in esso indotte dal diabete, altri alla diminuzione del tono dei capillari e delle piccole arterie.

Ma senza escludere l'importanza di queste ipotesi i fatti finora accertati fanno ritenere più probabile che la causa del fenomeno stia in una alterazione della funzionalità renale. Alcuni autori, come Schittenhelm, anzi giungono ad ammettere che l'insulina aggravi lo stato comatoso, e che il trattamento precedente ne provochi l'evenienza danneggiando il rene. In realtà l'insulina non ha nulla a che fare con le lesioni renali, che erano state descritte prima della sua scoperta, come ne fa fede la frequenza, constatata in ogni tempo, dell'albuminuria, della cilindruria e dell'anuria nel corso del diabete, e l'aggravamento di tali fatti durante il coma.

Sta di fatto che i reni di individui morti per coma diabetico presentano evidenti alterazioni. Warburg distingue quattro varietà di rene diabetico: 1) degenerazione ialina della parte discendente dei tuboli di Henle (Armanni); 2) degenerazione glicogenica (Ehrlich); 3) necrosi coagulativa dei tubuli contorti (Weigert); 4) degenerazione grassa delle cellule epiteliali.

La insufficienza renale del coma diabetico è caratterizzata dalla combinazione dell'escrezione di un'urina globalmente sufficiente con la ritenzione di prodotti azotati, che sarebbe l'espressione di un rene raggrinzato. Ma in effetti il quadro anatomico del rene comatoso non ha nulla a che fare con quello del rene raggrinzato, in generale esso presenta solo lesioni epiteliali. E poichè questo reperto non si accorda con la sufficiente eliminazione d'acqua, è a pensare che i disturbi della funzione renale siano affatto particolari.

I reni hanno la funzione di neutralizzare i corpi chetonici, così che la loro alterazione può essere causa di acidosi mortale.

Le ricerche di vari autori hanno dimostrato che il fegato non è l'organo nel quale avviene la distruzione della maggior parte dei corpi chetonici prodotti nel ricambio materiale normale, e che, contrariamente a quanto si era creduto, i pulmoni e la milza non hanno affatto questa funzione.

Si può ammettere che due organi siano deputati all'ossidazione dei corpi chetonici, i muscoli ed i reni. Che i reni abbiano una speciale importanza al riguardo è dimostrato dal fatto che essi non solo sono in grado di combinare l'acido benzoico e la glicocolla per formare l'acido ippurico, ma anche di combinare l'acido fenilacetico con la glicocolla per formare l'acido fenaceturico. È stato inoltre provato che i reni hanno anche funzione ossidativa particolarmente in confronto dell'acido β-ossibutirrico e dell'acido diacetico.

Analoga capacità hanno i muscoli, e forse altri tessuti, come il midollo osseo e la pelle.

Nell'acidosi sperimentalmente provocata negli animali la produzione di corpi chetonici nel fegato è notevolmente aumentata, e che la sostanza madre per questa iperproduzione è fornita dal materiale accumulatosi nel fegato in seguito alla degenerazione grassa. Corrispondentemente si ha un aumento dell'ossidazione dei chetoni nel rene e nei muscoli.

Nell' acidosi diabetica avviene analogamente iperproduzione dei corpi chetonici, mentre la loro ossidazione nei reni e muscoli può essere assolutamente o relativamente diminuita.

Il coma diabetico può essere la risultante di due condizioni: o che la quantità di corpi chetonici prodotti dal fegato siano in tale quantità che i reni e le estremità (muscoli, midollo osseo, cute, ecc.) normalmente funzionanti non siano in grado da ossidare completamente, o che per il fatto della degenerazione diabetica verificatasi in detti organi, nei reni sopratutto, questi non siano capaci di distruggere anche piccole quantità di corpi chetonici.

Da ciò l'importanza delle lesioni renali nel determinismo del coma diabetico.

Dal punto di vista terapico le due specie di coma diabetico hanno esiti differenti. Nel primo

caso, cioè quando il coma è dovuto ad iperproduzione di corpi chetonici mentre il rene è integro e funziona normalmente, si può attendere la guarigione. Nel secondo caso, quando oltre alla iperproduzione di corpi chetonici c'è una deficienza della loro distruzione per la degenerazione degli organi deputati ad ossidarli, gli effetti possono essere diversi. Anche in questo caso la produzione di corpi chetonici può essere ridotta dall'insulina, ma questa non può ridare la facoltà ossidante agli organi parenchimali ed il coma persiste.

Nei casi nei quali in seguito al trattamento insulinico la glicemia ritorna normale e la chetosi scompare, mentre permane lo stato comatoso, bisogna pensare ad un'insufficienza renale di speciale natura. Non si tratta di un'uremia ordinaria, ma di un'alterazione particolare dei reni che induce in quest'organi insieme ad altri fatti l'incapacità di distruggere i chetoni. In questi casi il coma è solo in parte dovuto alla ritenzione di corpi chetonici.

Così si spiega perchè il reperto anatomico renale non è uguale a quello che si riscontra ordinariamente nell'uremia.

Dal punto di vista terapeutico nel diabete mellito s'impone il compito di non aggravare sovverchiamente il rene, tenendo presente che il maggior lavoro disimpegnato da quest'organo è sempre quello dell'eliminazione delle sostanze azotate. Pertanto il problema alimentare è quanto mai difficile. Quando i reni hanno assolto il massimo lavoro per la distruzione dei corpi chetonici non si può sovraccaricarli con la introduzione di notevoli quantità di azoto. Non è impossibile che l'acidosi sia accentuata dall'ingestione di albumine perchè i reni già gravati dalla distruzione dei chetoni devono provvedere all'escrezione di maggiore quantità di prodotti azotati.

Si spiegherebbe perciò la favorevole influenza della dieta grassa preconizzata da Petrén. Questo autore ha dimostrato che l'alimentazione esclusivamente grassa fa migliorare la maggior parte dei diabetici e non accentua la chetosi. In effetti però la dieta di Petrén non è chetogena solo quando si riduce al minimum la ingestione di albumina. Se si introduce più di 0.75-1 gr. di albumina per chilogramma di peso del corpo, l'acidosi si verifica egualmente.

La importanza pratica di queste ricerche sta in ciò che la limitazione dei corpi albuminoidi possa riuscire doppiamente giovevole ai diabetici, non solo per il fatto che dall'albumina si possono formare zucchero e chetone, ma perchè il lavoro dei reni viene risparmiato per modo che essi possono meglio assolvere il compito della distruzione dei corpi chetonici. DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

G. M. GIULIANI. *Manualità cistoscopiche.* Roma, ed. L. Pozzi, 1927, p. VIII-79, con 58 figure in nero e a colori. L. 15.

Il manuale, che l'autore presenta ai medici pratici, rappresenta un aiuto indispensabile e un indirizzo chiaro e preciso per tutti coloro che vogliano servirsi del cistoscopio. Si può ritenere per certo che oggi si sia superato quel periodo nel quale il medico si vantava di poter fare a meno di tanti mezzi sussidiari fisici e chimici per il raggiungimento di un'esatta diagnosi. Se si possedono degli strumenti, che siano buoni e che si sappiano bene adoperare!

Al primo requisito pensa il commerciante: per l'altro se ne deve rendere garante il medico, dimostrando della materia una esperienza specializzata.

Salutiamo quindi con entusiasmo questo compendio nel quale risalta evidente lo studio e la competenza dell'autore, il quale nulla ha lesinato per agevolare le comprensioni di alcuni particolari della costruzione del cistoscopio, aggiungendo un congruo numero di figure in nero ed a colori. E. MINGAZZINI.

Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Urologie. VII Kongress (30-9 - 2-10 1926). Thieme, Lipsia 1927, XIV-454, 70 fig. Mo. 27.

Gli atti del VII Congresso della Società tedesca si raccomandano senza bisogno di presentazione a chiunque si interessi della specialità. Basta enunciare il titolo della comunicazione e il nome di coloro che ne riferirono o che parteciparono alla discussione dei temi proposti all'ordine del giorno per convincersene subito. Uno dei principali argomenti esposti fu « l'anestesia locale nelle operazioni urologiche » (Rel. Illycs): un secondo riguardava le grandi operazioni urologiche in anestesia regionale (Rel. Lowley, New York). Albrecht parlò sulla narcosi da inalazione con un miscuglio di Dicloren-etere.

Una parte importante del Congresso riguardava l'anuria, la patologia e la terapia in ispecial modo.

Al tema « Le neoformazioni maligne della vescica », parteciparono sopratutto v. Lichtenberg, Joseph. Derner ne trattò la parte radiologica.

Altri numerosi argomenti riguardavano la patologia di tutti gli altri tratti del sistema uro-genitale.

Non è possibile dare neanche un cenno di tutti i lavori riferiti, ma si può dire con ogni sicu-

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

rezza che chiunque si interessi di tali argomenti sarà sicuro a ricercarvi e trovarvi qualche cosa di originale e di nuovo. E. M.

Z. COPE. *Clinical researches in acute abdominal disease*. Un vol. in-8° di 148 pagine. Humphrey Milford, Oxford University press, 1925.

È un piccolo volume denso di notizie e di regole desunte dall'osservazione clinica. Vi è discusso a fondo il valore della iperestesia cutanea, della difesa addominale, del dolore localizzato e irradiato nella diagnosi di natura e di sede dei vari processi patologici addominali, e di quelli extraaddominali che possono simularli. La veste tipografica è molto curata. DORIA.

EMANUELE SANTORO. *La vita e l'opera scientifica di Niccola Giannettasio*. S. I. E. M., editore Napoli, 1927.

Il volume che vede oggi la luce per merito di uno degli allievi del compianto prof. Giannettasio è un'opera degnissima della Memoria che si vuole onorare. Nella biografia, Giannettasio è tratteggiato quale veramente Egli apparve a noi che gli fummo vicini e modesti collaboratori: sereno, sempre signorilmente cortese, calmo nei cimenti più ardui, brillante nella diagnosi e nella ricerca dell'indicazione operatoria esatta e abilissimo operatore.

Prima di divenire ospedaliero aveva a lungo vissuto nelle cliniche universitarie di Siena e di Bologna e di Lui possiamo dire con dolore che fu un Maestro mancato sulla Cattedra. Fu infatti incaricato della Medicina Operatoria a Bologna per ben quattro anni, e susseguentemente riuscì eleggibile alla cattedra di Medicina Operatoria a Palermo e a Genova, poi secondo in graduatoria per la Patologia Chirurgica a Catania e infine lodevolmente idoneo per la Clinica Chirurgica nell'ultimo concorso a Padova. Aveva ricoperto con grande onore il primariato chirurgico a Grosseto e poi a Ravenna, posto lasciato vacante dal prof. Nigrisoli, il clinico di Bologna; per ultimo dirigeva e era chirurgo primario dell'ospedale di S. Giovanni in Firenze, dove la morte lo colse nel giugno del 1925. A Firenze raccolse onori e fama per la sua alta opera professionale, spesso fin troppo disinteressata, tanto che è morto povero, senza essere stato un dissipatore. Fu infine durante la guerra direttore valoroso e apprezzato della IV Ambulanza Chirurgica d'Armata, fra le migliori nostre unità sanitarie.

Dell'opera Sua scientifica, che il Santoro ha passato con molto acume in rassegna commentandola e annotandola, sono notevoli le lezioni di Medicina Operatoria dettate come professore incaricato a Bologna, le ricerche sperimentali su le plastiche dell'uretere e su un metodo personale di nefropessia, seguito da molti chirurgi. Ancora, di un metodo proprio di cura dell'ernia crurale, quello per la cura del prolasso uterino e di un nuovo processo di gastro enterostomia. Eseguì ricerche sperimentali sulla fisio-patologia delle vie motrici del midollo, sulle alterazioni del sistema nervoso centrale provocate dalla fistola di Eck e ancora sulla secrezione biliare come viene modificata dalla fistola di Eck.

Fino dal 1895 preconizzò l'uso dell'acido Picrico nella cura delle scottature e come energico disinfettante della pelle, anche in semplice soluzione in acqua distillata: oggi questo metodo è tornato in onore e divide le preferenze dei chirurgi col Mercurocromo, che ci viene dall'America, ma non è per questo migliore.

A Lui si deve la proposta di curare sistematicamente le ferite gravemente infette o lacero contuse con gli ipocloriti e Sanarelli fece in proposito delle ricerche sperimentali; tutto ciò assai prima che Dakin proponesse il metodo largamente poi divulgato per l'esperienza fattane su vasta scala dal Carrel all'Ospedale d'Armata di Compiègne. Ultimi e più importanti lavori del Giannettasio furono la monografia sugli Addominali di Guerra, dove Egli ha profuso tutta la vasta esperienza e il suo illuminato sapere e buon senso. E ancora, la memoria sulla Chirurgia cranica, frutto anche questo di una larga esperienza vissuta, in pace e in guerra.

Come sintesi, nessuno più autorevolmente di Augusto Murri potè valutare questa vasta produzione scientifica, col dire « che i Suoi scritti costituivano un vero godimento intellettuale ».

Egli ha infine lasciato in 33 anni di intensa attività professionale, dietro a sè una schiera di giovani chirurgi tecnicamente addestrati, alcuni dei quali occupano il primariato in grandi Ospedali, e che profondamente afflitti dalla Sua dipartita sperano fargli onore colla quotidiana, diligente, modesta opera. AUGUSTO CASSUTO.

MEDICINA SOCIALE.

Lo stato attuale della questione del cancro.

Al Congresso internazionale contro il cancro, tenutosi agli Stati Uniti nel settembre u. s., di cui abbiamo dato notizia, sono state approvate le seguenti conclusioni che rispecchiano le idee attuali su tale questione.

La causa del cancro non è completamente nota, ma si può ammettere per gli scopi pratici che esso non sia da considerarsi nè contagioso, nè infettivo.

Il cancro non è ereditario, sebbene una certa predisposizione o suscettibilità verso di esso si trasmetta, in apparenza, ereditariamente. Ciò non significa però che, per il fatto che uno dei genitori, od entrambi o qualcuno degli altri parenti è statto affetto da cancro, questo debba colpire necessariamente altre persone della stessa generazione o delle successive.

La lotta contro il cancro, quale va intesa al giorno d'oggi è connessa con l'uso di misure d'igiene personale e di altre preventive e curative, di cui il successo dipende dalla intelligente cooperazione del paziente e del medico.

Gli individui affetti da cancro debbono affidarsi alle cure di un medico competente ad uno stadio della malattia abbastanza precoce, in modo che abbiano delle buone probabilità di guarigione. Questi concetti si applicano a qualsiasi cancro, in qualcuno di essi soltanto un'intervento precoce può dare la possibilità di guarigione.

I cancri di alcune parti del corpo possono essere scoperti in stadi molto precoci, quando il trattamento adatto può dare la guarigione permanente.

La guarigione del cancro dipende dallo scoprirlo prima che esso abbia provocato dei danni irreparabili in qualche parte vitale del corpo o prima che si dia diffuso. Quindi si debbono dirigere i nostri sforzi verso il miglioramento dei metodi di diagnosi nelle varie localizzazioni del cancro e verso il trattamento dei cancri precocemente diagnosticati.

Il pubblico deve essere istruito sui primi segni di pericolo del cancro, che possano venire facilmente riconosciuti anche da una persona che non abbia un particolare di questa materia e deve altresì venire persuaso a ricercare un consiglio medico competente quando ritenga che vi siano i sintomi sospetti.

I medici pratici debbono tenersi al corrente delle ultime conoscenze sull'argomento in modo da potere diagnosticare al più presto i casi di cancro che vengono alla loro osservazione.

I chirurghi ed i radiologi debbono raffinare i metodi di diagnosi e di trattamento non solo per i casi comuni, ma anche per quelli oscuri e difficili.

I medici possono essere di grande utilità nella profilassi del cancro, nello scoprire i casi precoci, nell'inviare i pazienti agli istituti ed ai medici che possono fare una diagnosi esatta ed applicare un trattamento adatto, allorchè il medico curante non sia al caso di far ciò. Quanto più il medico di famiglia si sente capace, tanto più esso è pronto a dividere la responsabilità con lo specialista.

Anche i dentisti possono essere molto utili in questo campo, tenendosi informati anzitutto sui progressi nelle conoscenze sulle cause del cancro, specialmente in rapporto con l'irritazione prodotta da denti imperfetti e da protesi mal fatte. Essi possono anche essere utili facendo conoscere al medico specializzato per il trattamento del cancro della bocca i casi che vengono alla loro osservazione. È da dubitarsi che tutti i dentisti sappiano sfruttare a dovere le nozioni che hanno dalle radiografie non solo per conoscere lo stato dei denti, ma anche quello dell'osso che li circonda.

Agli studenti di medicina va data un'adatta istruzione, per mezzo di dimostrazioni di pazienti con cancro, in modo che abbiano in proposito le cognizioni necessarie.

Le uniche forme di trattamento che l'esperienza e l'osservazione hanno dimostrato utili sono la chirurgia, il radio ed i raggi X.

Si deve insistere sull'importanza di diffondere nozioni utili, pratiche e precise sul cancro, senza confonderle od adombrarle con ciò che è soltanto teoretico o sperimentale.

Gli sforzi per la lotta contro il cancro devono essere rivolti da un lato per promuovere le ricerche in modo da aumentare le nostre conoscenze in proposito, dall'altro nello sfruttamento pratico di quelle che ora abbiamo. Anche con queste si potranno salvare molte vite che vengono ora sacrificate in causa di inutili ritardi.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Relazione del Congresso della Sezione Lombarda della Società Italiana di Pediatria.

(Como, 5 giugno 1927).

La reazione di Weisz nei bambini tubercolosi.

Prof. E. ALBERTARIO. — Nel dispensario antitubercolare da lui diretto ha praticato osservazioni su 19 casi di tubercolosi polmonare al primo stadio, su 18 al secondo stadio e su 16 al terzo stadio, ed ha potuto arrivare alle seguenti conclusioni:

1) la reazione di Weisz si mostra positiva di solito quanto più grave è la forma polmonare tubercolare e quanto più spiccata è la tendenza alla evoluzione sfavorevole;

2) la persistente costanza della reazione positiva può essere indice di una complicanza o recrudescenza della forma;

3) nella grande maggioranza dei casi la reazione di Weisz negativa indica praticamente che si tratta di una tubercolosi torpida a pronostico favorevole;

4) la cutireazione alla tubercolina umana e bovina ha trasformato in un quarto dei casi la reazione da negativa in positiva ma in maniera meno intensa e più fugace che nei soggetti trattati da altri A. con tubercolina.

Per un caso di meningite tubercolare con sindrome di Fröhlich.

Dott. F. BARBARANI. — Riferisce di un caso di meningite tubercolare osservato in una bambina di tre anni e mezzo, nel cui liquor, dopo diversi giorni dallo inizio della forma, si sono verificati fenomeni costituenti la cosidetta sindrome di Froin (xantocromia, iperalbuminosi assai elevata, coagulazione massiva). Numerosi esami biochimici e microscopici praticati prima e durante detta sintomatologia umorale di campioni di liquor ottenuti per puntura lombare e di quello infine ottenuto alla autopsia dai ventricoli cerebrali, gli acconsentono alcune considerazioni e la possibilità di supporre la esistenza di lesioni specifiche del tratto meningo midollare chiuso, ciò deducendo dall'aumentato numero degli elementi bacillari che progressivamente si è verificato nel liquido cefalorachidiano, estratto con la puntura lombare.

Encefalite post-morbillosa.

Dott. H. BINDER. — Descrive un caso di meningo-encefalite insorta dopo lo stadio eruttivo del morbillo. Nella sintomatologia prevale uno stato soporoso grave, contratture muscolari, paralisi del terzo, sesto, settimo, nono, undecimo nervo cranico, neurite ottica, irritazione delle vie piramidali e del centro della favella. Dopo un mese circa dall'inizio della malattia, persiste soltanto una lieve paresi del sesto e settimo nervo cranico, una neurite ottica ed una insufficienza psichica di grado lieve. Data la fugacità dei sintomi pare che le complicazioni nervose paramorbillose debbano essere attribuite nella maggioranza dei casi alla azione tossica del germe infettivo primitivo.

Un caso di pericardite purulenta pneumococcica.

Dott. U. BOTTELLI. — Lattante di 14 mesi con notevole aumento dell'aia cardiaca con toni cardiaci assai deboli, ma puri, con modica febbre remittente, con cutireazione alla tubercolina negativa, con ombra radioscopica cardiaca ovalare assai ingrandita e con la scomparsa degli archi vasali. La puntura pericardica sotto-xifoidea, alla Marfan, diede esito a pus cremoso giallastro di natura pneumococcica.

La costopericardiotomia con drenaggio permanente svuotò quasi completamente il pericardio così che dopo pochi giorni l'esame radiologico mostrò una riduzione notevole dell'aia cardiaca con parziale pneumopericardio a conferma della diagnosi. Tuttavia il bambino decesse dopo due settimane dall'atto chirurgico per sepsi secondaria ad ascesso da osteo-artrite coxo-femorale complicante, pur senza vantaggio operato.

Encefalite vaccinica.

Prof. CESARE CATTANEO. — Espone un caso di encefalite comprovato da numerose ricerche insorto in un fanciullo di 9 anni, quindici giorni dopo la vaccinazione e terminato con grave deperimento psichico e convulsioni, ad onta di varii tentativi terapeutici. Ricorda come dalla prima esposizione di Bastianse, altri casi di encefalite post-vaccinale siano stati riferiti e con essi casi di meningite, di neurite, di poliomielite: i casi noti con il suo e quelli comunicati dal Fornara, oltrepassano i 60.

Fa rilevare come il suo caso sia quello che ripete più da vicino l'andamento delle encefaliti post-vacciniche, e dopo una breve rassegna delle ricerche sperimentali della autopsia e dalle critiche dei casi pubblicati conclude affacciando a spiegazione tre ipotesi:

a) coincidenza casuale, che esclude;

b) qualità speciale di vaccino neurotropo, non valevole per i molti vaccinati coi soliti vaccini;

c) esaltazione per opera della vaccinazione di un germe encefalitico già esistente nell'organismo.

Da queste odierne cognizioni sulla encefalite vaccinica non deve naturalmente dedursi nulla contro la pratica della vaccinazione immunizzante che ha al suo attivo milioni di casi favorevoli.

Crede piuttosto possa dedursi che la pratica della vaccinazione, non essendo sempre scevra da pericoli debba eseguirsi: *a*) in bambini oltre il primo anno di vita; *b*) in bambini perfettamente e costituzionalmente sani; *c*) con vaccini di provato effetto, e con ogni cautela di asepsi.

FORNARA ricorda come dopo la compilazione della rivista sintetica sull'argomento da lui pub-

blicata, vide altri casi di disturbi cerebrali comparsi dopo la vaccinazione, cosicchè la sua casistica personale comprende oggi 7 casi: due di emiplegia spastica infantile, due di idiozia, un caso di disturbi a tipo parkinsoniano, uno di convulsioni ed infine uno con convulsioni localizzate alla metà destra del corpo. L'O. prese un poco del pus dell'escara vaccinica e con quello inoculò per scarificazione 4 bambini non ancora vaccinati: altri tre inoculò con 1-2 cc. di liquor iniettato intradermicamente. Il giorno dopo i pazienti presentarono erisipela che assunse il tipo migrante, con esito fausto. I tre bambini iniettati con liquor non ebbero alcuna reazione nè locale nè generale.

L'O. conclude che restando impregiudicata la questione della vera natura della così detta encefalite da vaccinazione ritiene che tra i disturbi nervosi a tipo encefalitico osservati dopo la vaccinazione ve ne sono certamente di quelli i cui rapporti tra vaccinazione e manifestazioni nervose sono di pura coincidenza e di quelli in cui i disturbi encefalitici sono certamente in rapporto con una infezione secondaria delle escare vacciniche.

Vaccinoterapia per via nasale.

Prof. C. CATTANEO. — La vaccinoterapia è ormai entrata trionfalmente nel campo della terapia delle malattie infettive acute della infanzia. L'O. e la sua Scuola sono stati antesignani di tale terapia. Ma si è sempre, nella infanzia, incontrato difficoltà morali delle famiglie, e tecniche per il personale mercenario nella pratica delle iniezioni. Ha perciò pensato di applicare i vaccini, stok e autovaccini, sulla mucosa nasale a mezzo di batuffoli di cotone imbevuti del contenuto delle fiale e lasciati in sito trenta minuti. Ha sperimentato su se stesso, poi sui suoi figli e persone di casa col vaccino pfeifferiano. Ha poi esteso le ricerche in centinaia di casi col vaccino grippale, e broncopolmonare ed in alcune diecine di casi con vaccino intestinale (enterolimas) nella diarrea dei lattanti, con vaccino della pertosse, con vaccino stafilococcico, ottenendo risultati identici che con le iniezioni.

Che non si tratti di immunità locale lo dimostrano le reazioni generali analoghe in tutti a quelle precedentemente ottenute per iniezioni in soggetti specialmente sensibili.

La diatesi essudativa ed i suoi rapporti colla tubercolosi.

Dott. L. CHIRIATTI. — Tra la diatesi essudativa ed infezioni specie la tubercolosi esistono legami molto intimi ed il più delle volte sono associate costituendo la diatesi essudativa un ottimo terreno di attecchimento per esse, mentre queste preparano il terreno e provocano il manifestarsi dei sintomi essudativi. Disponendo di quasi mille storie cliniche di bambini figli di tubercolotici assistiti dall'opera di prevenzione antitubercolare infantile ha potuto constatare quanto siano frequenti le manifestazioni a carico della cute e mucose, organi linfatici nei nati da genitori tubercolotici e specie da madri tubercolotiche. Riporta le varie percentuali da lui ottenute nei varî casi raggruppandoli in quattro gruppi: fino ad un anno; da un anno a due; da due a cinque; e da cinque a dodici. Esaminando questi dati crede di poter affermare come al disotto del primo anno di vita, e sempre in figli di madre tubercolotica i fenomeni infiammatorî possono essere l'unica manifestazione di una tubercolosi congenita latente anche se vi sia una cutireazione alla tubercolina negativa.

La profilassi delle complicazioni post-morbillose mediante vaccinazioni polibatteriche.

Dott. R. DARDANI. — L'O. ha praticato in 98 bambini affetti da morbillo in seconda-terza giornata di esantema una iniezione intramuscolare di vaccino polibatterico (300 milioni di pneumococchi, 50 milioni rispettivamente di stafilococchi, streptococchi e bacilli di Pfeiffer) allo scopo di prevenire le complicazioni che facilmente seguono il morbillo, nel 25% dei casi secondo una statistica dell'O. in ispecie le broncopolmoniti. Riferisce che i casi così trattati ebbero un decorso normale della malattia esantematica ed in nessuno si stabilirono infezioni secondarie, nè complicazioni di sorta. L'O. fa rilevare che nei vaccini devono essere rappresentati oltre i comuni germi che più facilmente determinano le complicazioni, anche quelli che per eventuali concomitanti epidemie (influenza, pertosse ecc.) con grande facilità potrebbero colpire ammalati di morbillo.

CATTANEO conferma i risultati del Dardani da lui ottenuti col vaccino introdotto per via nasale. Evitò le broncopolmoniti e le altre comuni complicazioni. Nei casi non vaccinati in tale modo ebbe il 20-30% di broncopolmoniti ed il 25% di mortalità. Anche recenti indagini di AA. tedeschi in occasione di una grande epidemia di morbillo hanno dimostrato che le broncopolmoniti gravi complicanti sono dovute ad una associazione di pneumococchi, streptococchi, stafilococchi e b. di Pfeiffer. È naturale quindi che il vaccino broncopolmonare da noi usato e che contiene precisamente gli stessi germi doveva prevenire la grave complicanza se applicato dall'inizio del periodo di incubazione.

Alcune considerazioni sulla ultima epidemia di morbillo in Lodi.

Dott. O. GARZIA. — Osservato come il periodo febbrile che precede l'eruzione dell'esantema sia stato eccezionalmente lungo (dodici-tredici giorni) privo di sintomi prodromici ha praticato intradermoreazioni vacciniche su 30 bambini, delle quali più di 20 risultarono positive nettamente per il b. di Pfeiffer. Quelli a reazione negativa ebbero un decorso normale di morbillo; la maggior parte degli altri si ammalò di broncopolmonite.

Curati questi con un vaccino polibatterico carico di bacilli di Pfeiffer ottenne in tutti la completa guarigione, come l'ebbe collo stesso metodo di cura in tutti gli ammalati di broncopolmonite post-morbillosa non assoggettati alla intradermoreazione diagnostica. Conclude che tale decorso anomalo, come la complicanza broncopolmonare, si debbano attribuire alla associazione di una infezione grippale a quella morbilossa.

Un caso non frequente di edema cerebrale in un bambino nefritico.

Dott. A. GATTI CASAZZA. — Esposizione clinica ed anatomopatologica del caso di un bambino avente convulsioni tonico-cloniche a a carico degli arti di sinistra, seguite da paresi spatiche degli arti stessi e da paresi del terzo paio di destra così da simulare completamente il quadro di una meningoencefalite a localizzazione basilare e peduncolare di destra. Esisteva contemporaneamente il reperto di una nefrite in atto. Alla autopsia si constatò un grave emiedema cerebrale destro, ed una grave nefrite subacuta a carattere emorragico ed una broncopolmonite terminale. Per l'O. la nefrite aveva determinato l'edema a localizzazione rara che aveva potuto simulare una lesione meningoencefalitica.

L'attinoterapia nella atrofia del lattante.

Dott. A. MACCHI. — L'O. espone i risultati ottenuti trattando diversi lattanti atrofici con applicazioni graduali di raggi ultravioletti prodotti con la lampada di quarzo. Oltre al miglioramento delle condizioni generali (diminuzione del pallore ed atonia muscolare, aumento del peso e delle dimensioni del corpo) si ebbero miglioramenti nella crasi sanguigna e nel ricambio organico. È del parere che tale sistema terapeutico debba essere usato nella comune pratica, data la sua praticità di applicazione.

La sieroprofilassi del morbillo.

Dott. A. MACCHI. — L'O. espone i risultati ottenuti profilassando con siero di convalescente 100 bambini, di questi, solo uno ammalò di morbillo tipico a cui però non seguirono complicazioni di sorta, tale malato fu però iniettato di siero di convalescente quando già da oltre otto giorni era stato in contatto con morbillosi, nove ebbero morbillo assai attenuato (la febbre e l'eruzione insorsero e scomparvero nella stessa giornata), negli altri novanta si ebbe la immunità completa. L'O. fa rilevare, come, contrariamente a quanto fecero gli altri che si occuparono dell'argomento, egli usò solo piccolissime dosi di siero (1 cc. indifferentemente per ogni età) rendendo così possibile l'estendersi di tale metodo di profilassi nella infanzia, e che lo scopo di tale introduzione di siero non sia esclusivamente quello di profilassare il bambino, dato che tale immunità durerebbe solo un mese od un mese e mezzo al massimo, ma quello di fare sì che il bambino possa avere il morbillo attenuato, il che non sarebbe per lui dannoso e gli conferirebbe una immunità duratura per tutta la vita.

Conclude sulla utilità di tale forma profilattica facilmente attuabile in famiglie, scuole ed ospedali.

I linfovaccini tifici nella produzione delle agglutinine.

Dott. M. MANCLOSSI. — Ha saggiato in due bambini con l'inoculazione per via endomuscolare del linfovaccino totale preparato secondo la tecnica consigliata dal Taccone, e in sei con quella del substrato limpido di essa (dopo sedimentazione spontanea) la capacità di svolgere agglutinine specifiche, previo accertamento della loro assenza prima del trattamento. L'emulsione batterica per le prove di siero-agglutinazione è stata preparata con gli stessi stipiti serviti per la preparazione del vaccino. Ha praticato nei trattati in tutto tre-quattro iniezioni, ripetendo sempre la prova della siero-agglutinazione dopo alcuni giorni da ogni agglutinazione. I risultati sono stati nella maggioranza negativi, essendosi solo due volte notato dopo la terza-quarta iniezione, agglutinazione positiva. Tali vaccini, pertanto sembrerebbe che per la produzione delle agglutinine si allontanino da tutti i vaccini avvicinandosi di più a quelli sensibilizzati di Besredka lisizzati di Caronia e di Cristina ed alle stomosine del Centanni, che non producono agglutinine. (Auricchio).

TACCONE espone la tecnica di preparazione del linfovaccino tifico e degli effetti terapeutici, nonchè le idee che l'hanno portato a tali esperienze (azione degli estratti organici sull'organismo inoculato e sugli organi omologhi, sensibilizzazione di alcuni tessuti verso speciali germi e tropismo di questi verso speciali tessuti, enterolinfotropismo del tifo, ecc.). Riferisce di esperienze in vitro circa l'azione dei mestrui linfatici sul b. del tifo e rapporta tali ricerche alla capacità delle ghiandole linfatiche di contenere e di svolgere agglutinine, rammentando inoltre la voluta comunanza di alcune agglutinine con le batteriolisine. Dice ancora della opportunità di separare il meccanismo di azione delle iniezioni endomuscolari di vaccino, nella guarigione del tifo, da quello delle iniezioni endovenose, pensando che attraverso la prima via per il vaccino, che deve essere considerato quale antigene batterico, si verifichi con ogni probabilità una disintegrazione non immediata e locale, bensì graduale e generale e meglio ancora topica nei tessuti di elezione, cioè, sì come avviene per l'elemento batterico vivo. Gli effetti della introduzione endovenosa, invece, crede si debbano riportare ad uno choc proteico, supponendo assai verosimilmente che alle qualità delle proteine nelle singole infezioni sia da attribuire la capacità di reazione ed essenzialmente la capacità benefica dello choc.

Il trattamento delle adeniti acute suppurate infantili con i filtrati batterici alla Besredka.

Dott. V. MARCONI. — L'O. ha usato per lavature e impacco, dopo l'aspirazione del pus, i filtrati batterici alla Basredka in 13 casi di adenite acuta suppurativa. Sono sufficienti per lo più due aspirazioni a distanza di 48 ore per ottenere la guarigione senza traccie della pregressa adenite. Il metodo si impone nella pratica per la semplicità e per la cosmesi non residuando alcuna cicatrice più o meno deturpante e per la assoluta innocuità nell'uso dei filtrati batterici.

Dott. E. MOLINARI. — *Sopra un caso di vaccino generalizzato trattato con i raggi ultravioletti.*

Alimentazione del lattante con latte secco trattato coi raggi ultravioletti.

Prof. C. PESTALOZZA. — L'O. illustra il caso di un bambino ricoverato nelle *crèche* della Clinica e dalla nascita sottoposto ad alimentazione artificiale. Il bambino mal tollerava l'allattamento con latte vaccino e con l'aggiunta di farine diastasate; neppure venne tollerata dal bambino una alimentazione con latte secco talchè all'età di tre mesi egli presentava netti segni di ipotrofia e note di rachitide incipiente; a questa età il peso del bambino era pressochè uguale a quello della nascita. Si somministrò allora al bambino del latte secco irradiato alla *quarz-lampe;* detto alimento parve fin dall'inizio ben tollerato e fu continuato per cinque settimane. Alla fine di questo periodo di esperimento, il bambino era aumentato di oltre 500 grammi di peso, aveva notevolmente migliorato le sue condizioni generali, aveva presentato una netta regressione delle note di rachitismo: regressione documentata da indagini radiologiche fatte prima e dopo il periodo di esperimento.

Iniezioni di latte di donna nei lattanti ipotrepsici ed atrepsici.

Dott. C. P. PORTA. — Ricordata l'esattezza della concezione del latte di donna come alimento specifico, rileva come i comuni agenti terapeutici raramente riescono a dare risultati soddisfacenti nella atrepsia e nella ipotrepsia dei lattanti. In tale entità morbosa infatti non bisogna vedere solamente le turbe a carico delle funzioni digestive ma sopratutto il profondo pervertimento dell'intimo metabolismo di tutte le cellule dell'economia. Riferisce di avere iniettato 20 cc. di latte di donna raccolto sterilmente in 12 tra atrepsici e ipotrepsici. In tutti la curva del peso segnò una stasi evidente e cinque di essi vennero a guarigione. Le iniezioni praticate furono cinque ad ogni bambino a giorni alterni e non si ebbe alcuna reazione spiacevole. In quattro si verificò un ascesso sterile senza febbre, forse espressione di anafilassi locale.

Una rara complicanza nervosa della varicella.

Dott. C. P. PORTA. — Accennato alla scarsità della letteratura sulle complicanze nervose della varicella e riferiti i casi più evidenti registrati, l'O. illustra il caso seguente: Bambino di tre anni, ottima salute fino alla malattia attuale, gentilizio sano, quattro giorni dopo l'eruzione di pustole varicellose il bambino fu preso da vomito, tremore degli arti, senso di vertigine se messo in posizione eretta, impossibilità alla deambulazione, nistagmo intermittente. Dopo avere discusse tutte le possibilità diagnostiche, l'O. conclude per una atassia cerebellare acuta varicellosa. Siccome il caso riferito venne a completa guarigione dopo 19 giorni, mancò la conferma anatomica, tuttavia l'O. per analogia indaga quali dovevano essere le lesioni anatomiche. Conclude affermando essere questo il terzo caso di atassia cerebellare acuta varicellosa della letteratura italiana a sua conoscenza dopo i due riferiti da Galli due anni or sono.

Per una reazione sul succo gastrico.

Dott. G. TACCONE. — Il metodo è fondato su variazioni colorimetriche del bicromato potassico opportunamente trattato in presenza di acidi e di acqua ossigenata. La presenza dell'HCl del succo gastrico viene svelata mettendo il succo filtrato a contatto con una soluzione di bicromato potassico e trattando il miscuglio con acqua ossigenata. La colorazione azzurra che deriva dalla colonna acquosa è molto instabile e si lascia estrarre dall'etere se nel succo gastrico vi è HCl libero (per la formazione dell'acido percromico).

La prova quantitativa dell'HCl è fondata sulla quantità di succo gastrico occorrente a dare reazione minima, ma bene evidente, rapportata alla costante quantità minima di HCl necessaria e sufficiente a provocare la reazione. L'acido acetico e quello butirrico possono disturbare il reperto, potendo provocare il fenomeno ed in maniera assai limitata l'acido lattico dando questo con il trattamento di cui avanti, formazione di acido acetico; la sua presenza però dà luogo a reazione caratteristica (in presenza di bicromato in eccesso) colorandosi in verde permanente la colonna acquosa (probabilmente formazione di lattato di cromo).

La sintalina nelle glicosurie diabetiche.

Dott. G. TACCONE. — Rammenta brevemente la scoperta del Frank e gli studi sperimentali e clinici ad essa inerenti, per passare al referto di due casi di grave diabete infantile, presentati oltre a sintomi generali, glicosuria elevata ed acetonuria, trattati con la sintalina somministrata a dosi quotidiane di 20 mmgr. (10 pro dose) e per un periodo di tre giorni seguito da uno di riposo nel primo caso e per due giorni seguiti da un giorno di riposo nel secondo. La glicosuria ha segnato una notevole e graduale diminuzione in ambedue,

ma l'uso del medicamento ha provocato fenomeni non lievi di intolleranza costituiti nel primo da anoressia e notevole abbattimento fisico e psichico e nel secondo da uguali fenomeni e da itterizia. L'introduzione dell'insulina è valsa nel primo a fare scomparire l'acetonemia ed a ridurre ancora la glicosuria, ma non a portare a tolleranza l'uso successivo della sintalina, che ha provocato gli stessi fenomeni di prima. Nel secondo (un tubercoloso) la sospensione della sintalina è valsa a fare diminuire i fenomeni di abbattimento e l'ittero ed una minaccia di coma è stata evitata con l'uso della insulina. Durante la diminuzione della eliminazione quotidiana del glucosio e del suo tasso percentuale, il peso del corpo degli a. non ha subìto notevoli modificazioni. Tali osservazioni stanno a dimostrare che la sintalina non può sostituire in tutti i suoi effetti l'insulina e che nei bambini la possibilità di intolleranza sono maggiori sì come lo stesso Frank ha notato, specie se si uniscono altre malattie ad es. la tubercolosi come nel nostro caso.

Sul segno del Cattaneo nella adenopatia tracheobronchiale.

Dott. A. TONO. — Riferisce della specificità del segno di Cattaneo per la diagnosi di adenopatia tracheobronchiale tubercolare. Per convalidare che si tratti di una turba vasomotoria dei capillari della cute del dorso causata da fatti di compressione da parte delle ghiandole ingrossate ricorda le prove sulla capillariscopia del De Simone.

Praticando una iniezione di pituitrina di cui è nota l'azione angiospastica sui capillari stessi in soggetti affetti da adenopatia con segno di Cattaneo evidentissimo e ripetendo la ricerca dopo un tempo variabile a seconda che l'iniezione era stata fatta nella regione glutea o sottocute localmente non si riscontra più tale segno di arrossamento.

Il tifo del lattante.

Dott. C. VERGOMBELLO. — L'O. riferisce delle sue ricerche fatte nelle comuni gastroenteriti infantili riguardo ai bacilli del gruppo tifo-coli. Ha preso in considerazione 60 casi in 17 dei quali ha praticato soltanto la intradermoreazione alla Cattaneo per il bacillo del tifo, paratifo e coli, in otto casi la sola reazione di Vidal ed in 35 entrambe le prove associate. Non fu incontrato parallelismo tra le due reazioni nello stesso soggetto forse per il fatto che tra le due ricerche intercorrevano circa dieci giorni. Le r. di Vidal positive furono 14 (4 per il B. coli isolamento e 10 per i ceppi tifo e paratifo associati) su 35 (40%) con reazioni positive spesso al 1:250. Nessun malato però era clinicamente sospettabile come affeto da forma tifosa o paratifosa. Tale fatto rivestirebbe dal punto di vista della profilassi e della patogenesi del tifo classico una grande importanza e perciò l'O. si riserva di estendere ed approfondire le indagini tenendo specialmente alla dimostrazione diretta del B. di Eberth nell'organismo e negli escreti.

Similarità della funzione tiroidea tra madre e figlio studiata attraverso la reazione di Kottmann.

Prof.. F. ZIBORDI. — Premessi alcuni accenni sulla tecnica della reazione, e date alcune spiegazioni sullo svolgimento del fenomeno fotosierologico per cui si avvera la reazione stessa, l'O. passa a trattare delle ricerche personale eseguite. Presi ad esaminare una cinquantina di casi in cui o la madre o il figlio, od ambedue avevano segni clinici di una disfunzione tiroidea, attraverso la reazione di Kottmann, cercò osservare la similarità della reazione tra madre e figlio, specie quando questo era in tenera età. Si avverava infatti una reazione fotosierologica in eccesso od in difetto, corrispondente ad una alterazione tiroidea da ipo- od iperfunzione. Senza potere affermare una assoluta rispondenza in tutti i casi esaminati ed un tempo di reazione uguale esattamente in entrambi i sieri, tuttavia si può dire che la reazione ha risposto sia presa a sè, come per l'indagine della similarità funzionale tiroidea fra madre e figlio.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le forme periferiche dell'encefalite epidemica.

Segnalate da vari anni, di grande importanza teorica acquistano sempre più importanza pratica per la sempre maggiore loro frequenza. Ravina (*Presse méd.*, n. 41, 21 maggio 1927) ne fa una interessante rivista.

Sintomatologia clinica. Inizio brusco con fenomeni infettivi, febbre, angina, erpes; talora congiuntivite, stato dispeptico, sudori. La febbre resta in genere sui 38°. Sono quasi costanti, sebbene non intensi i segni meningei: cefalea, Kernig, stipsi, raramente delirio o confusione mentale, per lo più non si hanno deficit psichici nè intellettuali. Segue una paralisi a sede variabile, per lo più paraplegia; talora però anche mono-emi-o quadri-plegia. I riflessi tendinei sono aboliti o diminuti, i r. cutanei conservati. Vi è atrofia modica senza reazione degenerativa; sfinteri per lo più integri. A carico della sensibilità solo lievi formicolii e parestesie. Talora dei disturbi trofici e simpatici: sudori, acrocianosi, *glossiskin.*

Puntura lombare. Da un liquido limpido, con lieve linfocitosi, con iperalbuminosi dal 0,50 a 2 gr. R. Benzoino-colloidale spesso positiva. Iperglicorrachia fino a un grammo.

Prognosi. È per lo più benigna; però talora si associa a localizzazione encefalitica che può evolvere per proprio conto; e talaltra evolve a tipo di sindrome di Landry.

Diagnosi. Sebbene clinicamente abbastanza caratteristica, non è facile. Potrebbe trattarsi di una polinevrite tossica?... No: la paralisi difterica segue a angina, colpisce anche per lo più il velopendolo. Le polinevriti alcooliche risparmiano i nervi cranici e gli sfinteri eccetto in casi rari e mortali; i dolori sono più pronunciati, il liquido rachidiano illumina i casi dubbi. Potrebbe essere una polinevrite infettiva acuta?... Queste predominano nettamente alla periferia; se raggiungono la radice degli arti divengono ascendenti, rapidamente progressive e gravi, non si accompagnano a reazione meningea.

Più facile è la diagnosi con la paralisi bulbare astenica di Erb e le miopatie primitive.

Un po' difficile può essere la diagnosi con le meningiti: specie all'inizio di una meningite purulenta sebbene i segni meningei saranno più marcati, il liquor conterrà polinucleati e germi. Nella meningite tubercolare si avrà linfocitosi più marcata, dimagrimento, fotofobia, vomito, tuttavia in molti casi si resterà a lungo titubanti.

Ancora più difficile è la differenziazione con la poliomielite anteriore: però in questa i fenomeni generali sono più gravi, lo stabilirsi della paralisi più brusco, l'atrofia muscolare precoce e notevole, i dolori meno notevoli.

Natura della forma morbosa. È un problema interessante e difficile. Tutti coloro che si sono interessati dell'argomento ritengono si tratti di una forma di encefalite epidemica, sebbene manchi ancora la dimostrazione del virus.

Argomenti di grande valore a favore di questa ipotesi sono: 1) la capacità dell'encefalite epidemica di ledere le radici e i nervi periferici; 2) le paresi o paralisi si sono avute spesso in casi certi di encefalite; 3) la forma morbosa di cui ci occupiamo si accompagna spesso a sintomi che impongono la diagnosi di encefalite: cioè algie, sonnolenza, diplopia, mioclonie, iperglicorachia, 4) l'andatura clinica ed epidemiologica parlano anche per la natura encefalitica. Per es. Clovis Vincent ha osservato nella stessa famiglia due casi di paralisi flaccide con algie e un caso di encefalite tipica; 5) infine va ricordata la coincidenza di data tra l'apparizione dell'epidemia di encefalite e i primi casi di polinevritte epidemica. Crouzon sostiene che nel 1917-18 si ebbero nell'encefalite sopratutto letargia e diplopia, nel 1919-20, algie e mioclonie, e nel 1925-26 delle polinevriti motorie; 6) recentemente un bello studio istologico di Pèhu e Dechaume prova che la causa di questo quadro clinico è l'encefalite o per lo meno una malattia che produce lesioni caratteristiche dell'encefalite.

Sinonimia. Il nome più adatto resta in discussione: si parla di forme basse dell'encefalite, di forme periferiche, di polinevrite encefalitica, di cellulo-radiculoneurite diffusa infettiva.

L. TONELLI.

I sintomi iniziali del Parkinson e loro cura.

Quasi sempre la m. di Parkinson, essenziale o postencefalitica, inizia in maniera insidiosa e spesso non è che dopo parecchi mesi ed a volte parecchi anni che la diagnosi può essere posta in modo certo. Riconoscere un parkinsoniano, nel periodo di stato dell'affezione, è cosa facile, mentre prevedere che un malato che accusa dolori vaghi, che è ansioso, che è meno agile che per il passato, diverrà un parkinsoniano è spesso difficilissimo, anche dopo un attento esame.

Juster (*Presse Méd.*, 30 aprile 1927) non fa differenza tra la malattia di Parkinson detta essenziale e il parkinsonismo post-encefalitico. Tutto al più in quest'ultimo esiste un'associazione di

sintomi (alterazioni del fascio piramidale, turbe psichiche, spasmi diversi: blefarospasmi, spasmi oculari) che si osserva più raramente nella paralii agitante essenziale. Ma la sindrome parkinsoniana sia d'origine arteriosclerotica sia d'origine infettiva, è sempre la medesima e il suo inizio è identico. L'affezione può debuttare con uno dei quattro grandi sintomi che la caratterizzano: la rigidità, il tremore, i dolori, le modificazioni e le turbe del carattere.

Posta la diagnosi in base alla sintomatologia più o meno completa, s'impone la necessità di istituire un trattamento attivo e non contentarsi della semplice somministrazione di bromuro o di valeriana.

Il trattamento etiologico sarà dapprima tentato, nella malattia di Parkinson essenziale, l'arteriosclerosi deve essere ricercata e trattata, ma la lesione cerebrale sia arteriosa, sia cellulare può essere anche dovuta alla sifilide, per cui un trattamento specifico deve essere sempre tentato, non fosse altro che per ritardare l'evoluzione della malattia.

Spesso il trattamento etiologico però rimane senza successo, onde nei parkinsoniani è molto meglio fare un trattamento puramente sintomatico. La cronicità e l'evoluzione progressiva di questa affezione non impediscono al medico di essere utile al suo malato, poichè un parkinsoniano postencefalitico o essenziale ben trattato mena un'esistenza meno penosa che il malato abbandonato alla sua sorte. La terapia dei parkinsoniani è dunque una terapia dei sintomi.

La rigidità deve essere trattata con i sedativi antispasmodici: datura stramonium, atropina, scopolamina, ioscina. A tutti questi medicamenti l'A. dà la preferenza alla datura come il medicamento più attivo, per il minimo d'inconvenienti, e per i risultati più costanti. Gli stessi malati trattati successivamente con diversi rimedi preferiscono d'ordinario lo stramonio. All'inizio si danno le più forti dosi che il malato può sopportare da 0.50 gr. a 1.50 ed anche 2 gr. al giorno sotto forma di pillole o di cachet da 0.10 gr. di polvere di foglie di stramonio ogni ora. Come sintomi d'intolleranza vanno ricordati la secchezza della bocca e della gola, le turbe gastro-intestinali, la midriasi. Quando la rigidità è scomparsa, la dose viene diminuita al semplice effetto necessario da 0,30 a 1 gr. al giorno in pillole da 0,05-0,10 ctgr.

La datura deve essere data tutti i giorni e ciò senza pericolo d'intolleranza o d'intossicazione. Tutt'al più in casi di disturbi gastro-intestinali si può sospendere il medicamento per alcuni giorni per riprenderlo poi a dosi forti.

La datura agisce ugualmente anche su gli altri sintomi della paralisi agitante: tremori, turbe del carattere, dolori, ma poichè su questi fenomeni la sua azione è minore, è necessario completare il trattamento con altri medicamenti. Utili riescono il gardenal, il luminal, il medinal, che possono aggiungersi nella dose di 1 ctg. alle pillole di datura.

Nei casi di tremori intensi o di forte debolezza, l'A. consiglia di fare anche iniezioni di composti arsenicali o meglio di novarsenobenzolo che agiscono per la loro azione antispecifica. Se il malato non sopporta le iniezioni, si può somministrare del treparsolo o granuli di altri arsenicali.

Gli agenti fisici sono mezzi assai utili ed attivi per il trattamento dei dolori dei parkinsoniani. I raggi utravioletti a dose eritematosa e la diatermia possono far attenuare ed anche scomparire i dolori, come i bagni caldi e le doccie, purchè tiepide, calmano l'irritabilità e l'anzietà dei parkinsoniani.

Infine di molto ausilio può essere la psicoterapia, perchè la persuasione e sopratutto la fiducia dell'efficacità del rimedio danno al parkinsoniano un miglioramento morale, un carattere più docile e alcune volte anche l'illusione della guarigione o del miglioramento definitivo!

A. POZZI.

Il morbo di Parkinson. Sintomi e trattamento.

Il morbo di Parkinson (essenziale o postencefalitico) incomincia di solito in modo insidioso e, se è facile identificarlo al periodo di stato, è altrettanto difficile riconoscere in un ansioso agitato un futuro parkinsoniano.

Juster (*Presse médicale*, 1927, n. 35) dà i seguenti segni precoci di riconoscimento.

Rigidità. 1) Grande variabilità nella scioltezza dei movimenti quando si mobilizza un'articolazione per 30-50 volte di séguito, mentre invece nel normale questi movimenti sono di ampiezza e di facilità costante. 2) Accorciamento apparente del braccio e della gamba, quando tutti quattro gli arti sono stesi parallelamente ed al massimo. 3) Difficoltà di estensione dell'arto e, per il piede e la mano, di compiere la pronazione, la supinazione, l'estensione, ecc.

Tremore. — Si può farlo comparire con lo sforzo o la fatica. Nei casi frusti, lo si sente più che non lo si veda, p. es., facendosi stringere le mani.

Dolori. — Analoghi a quelli del reumatismo cronico e parossistico, oppure dolori neuro-vasculo-simpatici; formicolii, crampi, torpore, spesso associati a disturbi vaso-motori. Tali dolori precedono generalmente gli altri sintomi e sono descritti in modo impreciso dal malato.

Modificazioni del carattere. — Tutti i parkin-

soniani diventano più inquieti, più emotivi. Ritengono che ciò avvenga per le preoccupazioni che dà loro la malattia, ma spesso i disturbi del carattere precedono gli altri sintomi.

Trattamento. — Nel parkinsoniano sifilitico, fare la cura antiluetica, eventualmente la malarioterapia. Nel postencefalitico, iniezioni endorachidee od endomuscolari di salicilato di sodio, urotropina, chinina.

Più importante è la medicazione sintomatica. Contro la rigidità, datura; contro l'ansietà, gardenal, luminal; contro la debolezza ed i forti tremori, iniezioni di arsenicali.

Per i dolori, raggi ultravioletti a dose eritematosa. Sono altresì consigliabili, la diatermia, i bagni caldi, le doccie tiepide, la psicoterapia.

fil.

La terapia dell'encefalite parkinsoniana.

Neuberger (*La Vie médicale*, 20 aprile 1927) osserva che il trattamento di questa malattia non può essere che sintomatico.

La rigidità ed i tremori cedono bene, ma solo transitoriamente agli alcaloidi (giusquiamo, scopolamina, joscina, josciamina: 1/4 di mg., 1-4 pillole al giorno); possono associarsi la scopolamina (1/10 di mg.) all'atropina. Alcuni vantano l'azione della belladonna a dosi molto forti, anche pericolose (LX - LXXX gocce di tintura al giorno).

L'aconitina, la duboisina e la nicotina hanno dato dei successi; in Australia, si prescrive un mg. di nicotina 3 volte al giorno, aumentando progressivamente secondo la tolleranza. L'efficacia, del tutto temporanea, si manifesta sulle rigidità ed è invece nulla sulla scialorrea e sul tremore.

Buoni risultati dà per la rigidità il salicilato di sodio; si preconizzano le iniezioni endovenose per 3 giorni consecutivi di ogni settimana: 4-6 grammi al giorno; soluzione di salicilato al 10 % in siero glucosato al 10 %. In caso di intolleranza del paziente, dare il medicamento per via orale: 6-8 grammi nelle 24 ore, in cartine, per 2-3 giorni, ogni 8-10 giorni. Altri autori tentano il solfato di magnesia o di calcio. Alcuni hanno avuto buoni risultati con le pillole seguenti: Stramonio polv. cg. 10-20; Estratto di paratiroide mg. 2; Solfato neutro di atropina mg. 1/10-1/20. Da somministrare all'inizio dei due pasti maggiori, per 8 giorni consecutivi, secondo la tolleranza. Si può sostituire l'estratto di paratiroide con quello ipofisario. Sono altresì da menzionarsi lo jodio, i raggi ultravioletti, la malariaterapia, l'inoculazione della febbre ricorrente americana, la narcosi all'etere, la novocaina.

Le algie tenaci e gli spasmi resistono agli antinevralgici abituali; più attivo è il salicilato di sodio glucosato, si vantano anche le iniezioni di bromidrato di cicutina.

La cefalea, la stanchezza e le vertigini subiscono miglioramenti con le iniezioni di electrargol (2-5 cmc. ogni 8 giorni).

Nell'*insonnia* è consigliato il gardenal.

Il *ptialismo* si tratta con la radioterapia profonda sulla regione parotidea; l'atropina è un buon palliativo.

Il trattamento di fondo si farà con lo jodio, il salicilato, non dimenticando la rieducazione funzionale per ottenere un miglioramento progressivo.

fil.

SEMEIOTICA.

Ricerche ematologiche sull'anemia perniciosa.

Jörgensen e Warburg (*Acta med. Scandinava* n. 1, 2 marzo 1927) hanno studiato i rapporti tra l'indice colorimetrico (valore globulare), l'indice volumetrico (rapporto del percentuale del volume delle emazie dato con l'ematocrito, al percentuale del loro numero), l'indice di saturazione (rapporto del percentuale dell'emoglobina al percentuale del volume delle emazie) e il diametro dei globuli rossi.

Nei soggetti normali hanno trovato l'indice colorimetrico, e l'indice di saturazione uguale a 0,94: l'indice volumetrico uguale a 1; per diametro medio delle emazie allo stato fresco, 7 μ 7 7 con delle variazioni da 5 a 8 μ. Hanno poi studiato l'indice ed il diametro delle emazie nelle differenti condizioni patologiche. Nell'ittero catarrale, specie se grave, si trova una tendenza all'aumento del diametro medio, con assottigliamento dei globuli, senza che questa megalocitosi sia proporzionale alla colorazione del plasma, idem è nell'ittero arsenobenzolico. Nell'ittero da cancro del pancreas e dell'atrofia gialla acuta non si constatano modificazioni di questo genere. Nelle poliglobulie gli indici e i risultati delle misure non si scartano molto dal normale. Nelle anemie post'emorragiche si nota microcitosi e aumento di spessore dei globuli. Nella anemia secondaria a cancro dello stomaco non esiste megalocitosi.

Nell'ipertiroidia gli AA. hanno per lo più trovato microcitosi. In due casi di nefrosi con edemi le misure dettero valori normali. *Mentre nessun'altra malattia si accompagna ad una cifra di megalociti uguali o superiore al 15 %, i 12 casi di anemia perniciosa studiati presentarono tutti un tasso superiore di emazie aventi un diametro superiore o uguale a 8 μ 6.* Tale dato costituirebbe il migliore criterio ematologico di questa

malattia. Infatti l'aumento dell'indice colorimetrico può fare difetto nei casi leggeri, o poco avanzati, e l'aumento dell'indice volumetrico, che ha maggiore valore diagnostico, è talora mascherato dalla presenza di microciti (anisocitosi). La megalocitosi si può trovare anche nell'anemia pseudo leucemica infantile, infantilismo, tumori del midollo osseo, malaria grave, nelle intossicazioni sanguigne per nibrobenzene, benzene, toluylene, ecc., saturnismo, cianosi cronica, enfisema polmonare, ecc., ma in tutti questi casi la megalocitosi è incostante e l'etiologia è chiara, essa è presente invece in tutti i casi dell'anemia perniciosa.

L. TONELLI.

Il valore diagnostico della morfologia del sangue nella malaria.

Maricous. (*Vratchebnoié Délo*, n. 22-23, 1925) ha studiato il comportamento della formula leucocitaria in 81 malarici. All'inizio ed alla fine dell'accesso notasi leucocitosi, marcata leucopenia invece durante l'accesso; i trombociti numericamente si comportano alla stessa guisa dei leucociti. Nelle forme croniche si ha diminuzione della emoglobina, degli eritrociti (con spiccata policromatofilia e presenza di granulazioni basofile) dei leucociti e dei trombociti. L'esame ematologico può anche dare un elemento di giudizio sulla efficacia del trattamento: un risultato positivo è contrassegnato da un aumento della emoglobina, da una diminuzione dei mononucleati, e dal ritorno alla norma della formula leucocitaria.

PALLADINI.

L'eosinofilia sanguigna negli stati anafilattici.

Gli esami ematologici praticati da Pasteur Vallery-Radot e collaboratori (*Presse médicale*, 22 dic. 1926) su 253 malati con diverse manifestazioni del tipo anafilattico, dimostrano che non si può concludere per l'esistenza di eosinofilia nelle crisi attribuibili all'infialessi digestiva, quali l'orticaria, l'edema di Quincke o l'emicrania. Essa invece si osserva nella maggior parte delle crisi di anafilassi respiratoria e si osserva nel 76 % degli attacchi di asma, nel 74 % di quelli di coriza da fieno e nel 54 % delle crisi di coriza spasmodica.

Tale eosinofilia non è un segno di anafilassi e non è nemmeno da considerarsi come una stigmate della diatesi colloidoclasica. Le cellule eosinofile compaiono nel sangue al momento delle crisi ed, al di fuori di esse, tendono a scomparire. D'altra parte se essa fosse un segno di diatesi colloidoclasica, si osserverebbe anche negli individui con orticaria, emicrania ed edema di Quincke.

È quindi un errore il voler considerare l'eosinofilia sanguigna come un legame che riunisce i diversi stati anafilattici; essa va ritenuta soltanto uno dei segni più frequenti nelle crisi di anafilassi di ordine respiratoro e come tale può essere un utile elemento di diagnosi.

fil.

IGIENE.

La filtrazione delle acque per uso potabile.

La filtrazione delle acque non ha ancora raggiunto da noi lo sviluppo che merita questo processo di depurazione efficace che ha, fra l'altro, il vantaggio di non alterare minimamente i caratteri organolettici, come accade talvolta usando l'ipoclorito. Vi sono ancora molti pregiudizi contro di essa. Chi scrive ricorda che, parecchi anni fa, un medico provinciale ebbe a proibire l'uso di un impianto di filtrazione ben fatto e che funzionava bene, col pretesto che in un villaggio a monte si erano sviluppati alcuni casi di tifo, provvedimento dovuto alla mancanza di idee chiare sull'efficacia del metodo. Che dovrebbero fare allora le numerose città dell'estero che usano unicamente le acque dei loro fiumi depurate per filtrazione?

In molte località, la filtrazione permetterebbe di risolvere il problema dell'acqua potabile in modo sicuro e razionale ed è quindi bene che ad essa si dia una maggiore diffusione e che tutti siano convinti della sua efficacia.

Molti sono i problemi teorici e pratici connessi con la filtrazione e non tutti hanno trovato ancora una soluzione adeguata. Porta ad essi un importante contributo N. Rodino (1) che ha compiuto in proposito interessanti ricerche alla Scuola di Igiene pubblica diretta dal prof. Casagrandi dell'Università di Padova.

L'A. riconosce anzitutto l'esistenza e l'importanza della membrana biologica. Essa si forma col materiale che trascina con sè l'acqua nel suo defluire; a questo materiale inorganico si aggiungono i batteri, poi le alghe ed infine i protozoi, trasformandosi il tutto in un fitto intreccio organizzato che va a depositarsi sopra i grani e che finisce con l'aderirvi tenacemente, tanto che correnti di acqua a bella posta prodotte, in principio sollevavano una certa nebulosità in corrispondenza della superficie del filtro, ma dopo pochi giorni di funzionamento di questo non la sollevavano più.

---

(1) *Il filtro a sabbia sommerso nella depurazione dell'acqua potabile*. L. Scudier, Padova 1926. L'esposizione delle ricerche è preceduta da uno studio completo dell'argomento.

La membrana biologica ha una funzione vitale nella depurazione, ed esercita — probabilmente per azioni colloidali — un potere attrattivo sui microorganismi, che in esse vengono poi distrutti.

La più intensa azione depuratrice è legata ai protozoi, coadiuvati dal batteriofago; i primi esercitano il loro potere nella membrana biologica, il secondo nello spessore della massa filtrante, dove continuano a verificarsi dei fenomeni di epurazione, che sono specialmente sensibili nei riguardi delle sostanze organiche, il cui minimo si riscontra perciò alla base dello strato di sabbia.

Il filtro nuovo deve subire la « maturazione », per la quale occorre un periodo di tempo più lungo quando si adduca sul filtro dell'acqua potabile anzichè di quella bruta; essa poi può essere attivata, nei filtri nuovi, come nei vecchi, mediante l'immissione sulla superficie del filtro di colture di protozoi, provenienti da membrane biologiche mature o da altri terreni culturali.

Quando il filtro funziona in piena efficienza, i germi nell'effluente sono ridotti a circa 80 per cmc. con scomparsa dei cromogeni e riduzione dei fondenti ad un minimo trascurabile. Rimangono soltanto i non cromogeni e non fondenti che costituiscono in genere la microflora acquatile.

Dopo circa 50 giorni di attività depurativa, i germi nell'effluente superano i 100 per cmc. In tali condizioni si vede che nella fauna della patina si trovano in gran numero i metazoi, anguillule, crostacei e, specialmente, rotiferi). Lo stesso fatto dell'aumento della fauna metazoaria si verifica quando viene interrotta la filtrazione e l'acqua bruta rimane stagnante sulla superficie del filtro. Questo indica che la microfauna più importante per la filtrazione è quella protozoaria e che quando questa viene sostituita da quella metazoaria, il filtro diventa inadatto alla depurazione. L'aereazione del filtro stesso, eseguita di tanto in tanto, può, fino ad un certo limite, impedire la sostituzione della fauna metazoaria a quella protozoaria, ed è quindi utile praticarla per prolungare il periodo di attività del filtro.

Nella costruzione del filtro, sarà opportuno usare della sabbia a grani di 1-2 millimetri, per uno spessore di 60 centimetri, riducendo al minimo gli strati sottostanti che sostengono la sabbia. Sarebbe molto utile munire il filtro con spie di vetro, il che permetterebbe di seguire l'andamento dei fenomeni e, specialmente, di mettere in evidenza l'eventuale presenza di larve perturbatrici, specialmente quelle fotofile.

Il filtro a sabbia sommerso non è quindi da considerarsi come un semplice apparecchio meccanico, che può essere messo in azione a volontà dovunque e sempre; esso rappresenta invece un organismo che si forma, cresce, ammala, invecchia e muore. Il tecnico può aiutarlo ed assecondarlo nella sua vitalità, in modo da poter trarre da esso il massimo rendimento. Oltre ad un certo limite però si esaurisce e va quindi rinnovato.

Esso va ritenuto come un mezzo efficacissimo di depurazione idrica, applicabile dovunque esistano acque di fiumi e di laghi da adibirsi all'alimentazione.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. L. P., Milano:

Non può ottenere la nomina a sottotenente medico di complemento, senza aver frequentato la Scuola di Sanità.

Ca.

All'abb. n. 8805:

Possono chiedere la nomina se hanno prestato servizio in zona di guerra per 4 mesi. Il servizio di prima nomina verrà fissato da apposito regolamento che non è ancora pubblicato.

Ca.

All'abb. n. 8641-1:

Sanatorii Italiani di alta montagna:

I° Sanatorio italiano della Pineta di Sortenna (Sondrio); Sanatorio dell'Abetina (Sondalo); Sanatorio Umberto I di Prasomaso (popolare) (Sondrio).

Sanatorii Svizzeri di alta montagna:

Sanatorio del Grand Hôtel (Leysin); Sanatorio Mont Blanc (Leysin); Sanatorio di Davos Dorf (Davos); Sanatorio Gwerder-Pedoia (Davos); Sanatorio Stephani (Montana); Sanatorio Wertheim (Arosa).

G. M.

Concentrazione idrogenionica. — All'abb. n. 6609:

I simboli pH e Ph si equivalgono; possono leggersi: « concentrazione idrogenionica », sebbene non rappresentino vere concentrazioni, ma potenze negative di concentrazioni (quantità logaritmiche). Così pH = 7 (il punto neutro) significa una concentrazione di ioni d'idrogeno

$$= \frac{1}{10^7} = \frac{1}{10.000.000} = 0.0000001 \;;$$

nelle reazioni acide si hanno cifre più basse di 7; in quelle alcaline cifre più alte.

Una buona esposizione del problema è stata fatta da V. Puntoni in *Annali d'Igiene*, 1921, p. 555-568.

A. P.

All'abb. n. 13748:

Il dott. M. Béguet è presso l'« Institut Pasteur d'Algerie », Algeri.

Nella « Posta » non diamo sunti di lavori.

A. P.

VARIA.

Il « latino » lingua ufficiale della scienza medica.

L'epoca moderna è caratterizzata dal movimento espansivo che ha assunto la razza umana. La quale, mentre fino a un secolo fa, si conteneva nella breve cerchia della patria terra, oggidì tende con impulso irresistibile a varcarne gli angusti confini e a dilagare in nuovi territori capaci di sfruttamento ed offrenti il miraggio di un maggior benessere od anche della sospirata ricchezza.

I mezzi di trasporto prodigiosamente accresciuti — dalla ferrovia al velivolo —, le imponenti emigrazioni di milioni d'uomini, lo sviluppo della grande industria, l'urbanesimo ecc., hanno distolto l'uomo dalla pacifica vita sedentaria del natio villaggio ed hanno acceso in lui un desiderio — forte e prepotente come un istinto — di muoversi, di trasportarsi in campi di maggior attività, di prendere contatti con gente nuova e sconosciuta. Il bisogno di viaggiare è diventato una necessità della vita. L'uomo si avvia ad essere « cittadino del mondo ».

In questa marcia ascendente l'umanità ha infrante barriere che erano ritenute insormontabili, coalizzando le forze di tutti i paesi civili alla ricerca e alla conquista delle risorse di cui è generosa la madre terra, ma non ha ancora saputo affrontare e tanto meno risolvere il problema che oppone il maggior ostacolo ai rapporti internazionali; la diversità delle lingue.

Chi deve viaggiare all'Estero, chi vive in ambienti dove a lato della popolazione indigena prosperano colonie straniere, chi per necessità commerciali o professionali deve mantener rapporti con genti allogene, sa per esperienza di quali inconvenienti sia cagione la babele delle lingue non solo nel trattare gli affari, ma anche per quanto riguarda le nozioni più elementari della vita.

La questione si è lungamente dibattuta in vario senso, ma tutte le proposte avanzate o mancarono di valore pratico od urtarono contro interessi particolari o ferirono il sentimento patriottico di qualche potenza.

Nessun popolo è tanto forte da poter imporre d'autorità la propria lingua, ciò che significherebbe il predominio di una razza su tutte le altre; e parimenti nessun popolo può assoggettarsi di buon grado a proclamare l'universalità di una lingua straniera, umiliandosi fino a riconoscere l'insufficienza della propria.

Il francese che è la lingua ufficiale del mondo diplomatico, ha incontrati gravi ostacoli per ragioni etniche e politiche. Anzitutto esso è lingua vivente di un esiguo ceppo: un popolo europeo di 40 milioni non può aver la pretesa di generalizzare la propria favella ai 1900 milioni di abitanti della Terra, tanto più che quel popolo ha tendenza a sensibile diminuzione numerica e non ha forza espansiva di emigrazione.

Esso poi ha contro di sè la razza teutonica, forte di ben 80 milioni di tedeschi, che fino dalla remota antichità sostiene una lotta feroce e senza tregua contro la finitima nazione gallica, e naturalmente non riconoscerà mai la supremazia linguistica di questa.

Gli anglo-sassoni sono esclusivisti e non ammettono altra lingua che la propria, tanto che orgogliosamente proclamano « essere individui arretrati ed inetti agli affari coloro che non parlano e scrivono correntemente l'inglese ». Del resto chiunque dimori per breve tempo a Londra che pure ha con la Francia così stretti rapporti di vicinanza e di commercî, constata subito che gli inglesi di tutte le classi sociali — salvo rare eccezioni — non conoscono il francese, e che colà è assai difficile la vita per chi non parla speditamente la lingua di Shakespeare.

Alla lor volta le difficoltà di pronunzia che caratterizzano l'inglese e gli idiomi slavi, come pure la costruzione grammaticale troppo complessa che è propria del tedesco, si oppongono alla diffusione di queste lingue.

Bisogna adunque scartare l'idea di adottare una lingua vivente.

Molti studi furono intrapresi allo scopo di desumere una lingua comune da quelle maggiormente conosciute, coniando vocaboli nuovi da radicali tratte da idiomi parlati e semplificando le declinazioni e le coniugazioni. Così negli ultimi due secoli si crearono 40 o 50 lingue universali, ma tutte caddero nel meritato oblio. Fra di esse il *volapük* ha avuto un momento di notorietà; ora tiene il campo l'*esperanto*, che fu

proposto da un medico polacco, il dottor *Zamenhof*.

Ma questi tentativi, questi aborti eterogenei non hanno nè possono avere alcuna vitalità. Una lingua non nasce per una più o meno ingegnosa storpiatura di altre lingue preesistenti, essa è la risultante della mentalità di un popolo che ha plasmate le proprie idee in segni esteriori, i quali nell'uso secolare si sono perfezionati adattandosi alle finalità della vita collettiva e portando impressa nella loro espressione verbale e grafica l'impronta dello stato di civiltà di una nazione. Non sono adunque lingue queste congerie artificiose di vocaboli, che furono accolte sempre ed ovunque con un senso di freddezza e di diffidenza.

Per risolvere l'arduo problema, non vi è che una soluzione radicale: ritornare al passato. Bisogna riconoscere francamente che ogni trasformazione inconsulta ridonda a svantaggio della società. La classe intellettuale deve convincersi che l'aver abbandonata la lingua latina, la quale fino a un secolo addietro dominava tutto il mondo della cultura, fu un errore, fu un regresso. Si subì in certi paesi l'influsso di un cieco nazionalismo, in altri — come l'Italia allora divisa e serva dello straniero — si soggiacque al servilismo specialmente verso la Francia, che con le armi napoleoniche ci depredava dei nostri tesori artistici e tentava di sopraffarci anche nel campo dell'intelligenza.

Queste difficoltà di indole generale a cui io ho accennato, si riverberano in particolar modo sulla scienza medica. I cultori di essa, sparsi in tutto il mondo, dovrebbero collaborare in una concorde attività, in una comunione perfetta dei reciproci sforzi nelle successive tappe che segnano il progresso scientifico; ma pur troppo manca un mezzo diretto e facile di comunicazione; e ciò arreca danni incalcolabili. La stampa medica fa del suo meglio, traducendo e compendiando i lavori più importanti; ma è impotente a colmare la grave lacuna. Forse che un breve e pallido riassunto — spesso mal compilato e talora non scevro di errori — riesce ad illuminare sull'opera di un uomo, ed a fornire un concetto esatto di nuove verità acquisite alla scienza?

Per aver poi più netta l'idea di questo sconcio, basta prender parte ai Congressi Internazionali di Medicina.

Anzitutto la maggior difficoltà che si oppone alla loro buona riuscita e che preoccupa gli organizzatori è la questione linguistica. Si finisce sempre con l'ammettere come ufficiali almeno tre o quattro lingue, spesso però lasciando insoddisfatte le aspirazioni dei congressisti di qualche minore nazionalità che o si rassegnano di mal animo o — come talora è avvenuto — non si contentano di protestare a parole, ma fanno sciopero.

Durante le sedute poi per lunghe ore si assiste a uno strano spettacolo: diverse lingue si succedono e si incrociano. Naturalmente la grande maggioranza degli spettatori non capisce un'acca; spesso i disserenti stessi non si intendono fra di loro. Non importa; per ragioni di convenienza ognuno deve prestare attenzione, fingere la massima serietà, applaudire gli incompresi oratori. Ciò ha finito col coprir di discredito e talora di ridicolo quei convegni che dovrebbero essere il crogiuolo, dove si fondono le dottrine delle varie Scuole e se ne ricava unità di idee e di direttive, derivandone vantaggio e decoro alla scienza.

Ora io mi sono chiesto ripetute volte: E se tutti parlassimo latino? non sarebbe questo il mezzo pronto e facile per rimuovere l'ostacolo che ci divide e per capirci a sufficienza?

Tutti i medici hanno studiato il latino nelle scuole secondarie. Alcuni non del tutto distratti dal peso della professione, hanno seguitato a coltivarlo, gli altri possono con breve esercizio rimettersi in grado di parlarne e scriverne quella non vasta parte che è di pertinenza dello scibile medico.

Io, frequentando Ospedali di Londra, ho con sorpresa conosciuti medici, occupanti elevate posizioni, che parlavano pochissimo e male il francese, qualcuno anzi dichiarava francamente di ignorarlo affatto. Quindi è comprensibile il mio imbarazzo, aggravato dalle difficoltà della lingua inglese; perchè anche quando ci si comprende, ma però imperfettamente, si rimane sempre perplessi e diffidenti, e la conversazione dà risultati sterili. Mentre sarebbe stato assai pratico intenderci subito nell'antica lingua del Lazio che per il passato era famigliare a tutti i medici, i quali di essa si valevano anche nel ricettare.

Il latino ha un'estensione etnica ben più vasta del francese. Infatti le lingue neo-latine che possono con facilità risalire alla lingua madre e ripristinarne l'uso, sono parlate da 190 milioni di uomini, da buona parte cioè delle nazioni civili. I popoli latini si estendono su vastissima superficie del globo; dalla Rumania al Messico e al Sud America.

L'alfabeto latino è il più facile ed il più sparso nel globo. L'idioma di Roma antica è sempre presente alla mente di tutti gli uomini usciti dalle tenebre dell'ignoranza e della barbarie, perchè esso è base dell'immensa cultura classica, da cui

germogliò la civiltà moderna. Esso è la lingua ufficiale del clero, che — officiando e scrivendo — ne ha tramandato l'uso per i secoli, e lo ha mantenuto come lingua vivente. Inoltre le persone colte di ogni nazione — letterati, avvocati, ingegneri, ecc. — hanno ad esso in gioventù dedicati lunghi studi. Ed è appunto il ceto intellettuale che costituisce la classe dirigente della società, e che ha maggior bisogno di reciproci rapporti internazionali.

Per la grande diffusione del suo insegnamento, per la facilità di essere appreso da tutti i popoli neo-latini, ed anche da quelli che non parlano una delle cosidette « lingue figlie », per l'immenso prestigio da cui è circonfuso nel mondo culturale, il latino può assurgere di nuovo — come per il passato — all'alto ufficio di lingua internazionale.

Allo scopo di renderne popolare la conoscenza si possono adottare metodi didattici rapidi e semplici, eliminando quelli in uso nelle scuole che sono lunghi, farraginosi e spesso pedanti.

Cominciamo noi medici che, in una concorde azione possiamo esercitare grande influenza sul movimento intellettuale a dare il buon esempio. Sorga dalla nostra classe l'iniziativa di rimettere in onore la lingua da non molto tempo e a torto disusata. Si faccia propaganda fra gli indolenti e gli scettici, perchè colleghi contrari per principio non possono schierarsi contro di noi, non avendo ogni altro tentativo possibilità di realizzazione. Si getti il buon seme che darà presto i desiderati frutti.

E specialmente — per raggiungere risultati positivi — più che alle parole dobbiamo affidarci ai fatti e svolgere un programma concreto e metodico.

Bisogna anzitutto predisporre un Congresso Medico Internazionale, dove unica lingua ufficiale sia la latina, con esclusione assoluta di tutte le altre.

Ed io avanzo ancora la proposta di fondare un giornale medico scritto in lingua latina, dove possano collaborare gli scienziati di tutto il mondo civile.

In tal modo si getteranno le basi di questa che a molti parrà una nuova affermazione di solidarietà internazionale, mentre non è in realtà che un logico ritorno all'antico. Noi richiameremo prima l'attenzione e poi il consenso di tutti coloro che propugnano i veri interessi della scienza, al di sopra dei particolarismi insensati e dannosi. Successivamente tutti finiranno col seguire o subire la nuova corrente. Non sono i più che tirano i meno — come bene osservava Beppe Giusti — ma i meno, intelligenti ed intraprendenti, che tirano i più, inerti ed abulici.

Pur tralasciando di proposito di occuparci della medicina antica, che ebbe fulcro in Roma e da questa si diffuse fino ai confini della terra, ma solo risalendo con la mente all'oscuro Medio Evo, il quale travolse ed offuscò la gloria dell'Impero, emerge costante un fatto di alto valore storico: che cioè dalla vetusta Scuola di Salerno alla quale accorrevano gli studiosi di tutte le nazioni, dagli splendori del Rinascimento in cui l'Italia insegnò alle altre genti la nuova scienza positiva fino al settecento nel quale rifulse l'astro di Morgagni il padre della medicina moderna — tutta la nostra tradizione classica si è ammantata della maestà della lingua che Roma antica foggiò e con la forza e con le leggi insegnò al mondo, realizzando il sogno di una lingua universale.

Noi eredi degeneri siamo ora ridotti a scimmiottare gli stranieri, e ci sentiamo orgogliosi di saper balbettare un poco di francese e qualche parola tedesca!

Ma a questa umiliazione non si rassegnò mai un grande Clinico — Guido Baccelli — che, finchè visse, sostenne l'universalità della lingua madre e ne propugnò il dovere che incombe a tutti gli italiani di mantenerla viva e rigogliosa.

Guido Baccelli è morto, ma rivive lo spirito suo in una grande affermazione collettiva di italianità che, durante i travagli angosciosi della guerra, germogliò nel cuore di noi combattenti, e poi a traverso i tempi obbrobriosi del bolscevismo si ingigantì e prese forma concreta nei Fasci di Combattimento, trionfando di tutte le viltà e di tutte le insidie.

Il Fascismo, oggidì arbitro dei destini d'Italia, vuole — ed è questa la via tracciata dalla volontà animatrice ed inflessibile del Duce — che la Patria nostra assurga nel consesso dei popoli a quell'alto seggio, cui le dànno diritto la sua storia, il suo genio, le sue vittorie.

L'ora che volge, densa di rinnovate energie, è quanto mai propizia al nostro scopo. Sotto migliori auspici non potrebbe iniziarsi l'opera nostra.

Raggiunti gli accordi preliminari sulle modalità del piano d'azione, dobbiamo portare al di là delle Alpi l'eco potente della nostra volontà decisa ed irrevocabile: il latino deve essere riconosciuto come unica ed esclusiva lingua ufficiale della scienza medica. Pur senza offendere le suscettibilità degli stranieri, noi potremo vantare una nuova affermazione del rinnovato prestigio della nostra stirpe.

Prof. CESARE ORTALI.

Roma, luglio 1927.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia.

Presso il Sindacato Medico Fascista in via dei Lucchesi 31 è aperta la sottoscrizione per dare Ali alla Patria.

Se per espressa volontà del Capo del Governo le quote d'iscrizione debbono essere minime, il Sindacato è d'altra parte certo che tutti i Medici esercenti in Roma e Provincia risponderanno all'appello e verseranno la loro quota, dimostrando in tal modo i loro sentimenti di italianità e di attaccamento al regime.

Gli oblatori apporranno la loro firma su apposite schede esistenti negli uffici del Sindacato.

XX Congresso dell'Associazione Nazionale Fascista dei Medici Condotti.

Siena, 17 - 18 - 19 settembre 1927 (anno V).

ORDINE DEL GIORNO:

17 settembre, ore 10: Inaugurazione del Congresso e ricevimento delle autorità nel Palazzo Municipale (Sala del Mappamondo, gentilmente concessa). — Ore 15: 1ª seduta nel Teatro della R. Accademia dei Razzi: Relazione morale e finanziaria; Bilanci.

18 settembre, ore 10: 2ª seduta c. s.: Cassa Assistenza e Previdenza; Statuto; Eventuali elezioni. — Ore 15: 3ª seduta c. s.: Lotta contro le malattie sociali; Relazione dell'Associazione Naz. Antit. M. C.; Scioglimento.

19 settembre, ore 10: 4ª seduta c. s.: Continuazione o. d. g. sulle malattie sociali.

Aumento o riduzione di condotte? Poichè da qualche anno, per ragioni di economia non sempre plausibili, si tende a ridurre il numero delle condotte sopprimendo posti in conseguenza specialmente della formazione di nuovi consorzi, i Medici Condotti nell'interesse del servizio e della classe, in linea di massima devono dichiarare la loro contrarietà a tale riduzione. Qualora però si decidesse l'abolizione di un posto per legittime ed imprescindibili esigenze, e non in seguito a morte o a ritiro in pensione del titolare, si dovrebbe nello stesso tempo provvedere allo sdoppiamento di qualcuna delle condotte più vaste e gravose, incominciando da quelle con popolazione superiore a 6000 abitanti, in modo che il collega rimasto senza posto avesse ad occupare subito una delle due condotte risultanti dallo sdoppiamento. (Dott. C. Saccomaghi di Gallarate).

Previdenza sociale. (Dott. V. Balugani, Olginate).

Interpellanza: Sulla posizione attuale dei Medici Condotti in genere, dei consorziati in ispecie. (Dott. V. Balugani, Olginate).

Ore 15: 5ª seduta c. s.: *L'art. 30 del Regolamento 19 luglio 1906, n. 466 ed i Consorzi sanitari.* In tutti i casi di scioglimento di un Consorzio sanitario dovrà essere garantita al Medico Condotto consorziale stabile la continuazione del servizio, e per conseguenza la stabilità, in una delle condotte già consorziate. Sarà invece sempre corrisposta, e senza alcuna riserva, l'indennità di un anno di stipendio al Medico che resterà privo di posto in seguito alla formazione di un nuovo consorzio sanitario. (Dott. Domenico Sassi, Sez. di Campobasso).

Quota annuale pei M. C. in pensione. Proposta di riduzione della quota annuale per i M. C. in pensione che furono già soci dell'Associazione. (Dosi).

Medici, medicine e specialità. (Dott. Pericle Venturi).

Assicurazioni sociali. Visto la polizza emanata dalla Cassa Naz. di Assicurazioni, emanazione diretta del lavoro del Congresso di Siracusa, il relatore propone l'obbligatorietà da decretarsi dal Governo a detta Assicurazione per parte di tutti i Medici Condotti del Regno, il concorso dei Comuni al pagamento del premio annuo e l'abbuono del 20 % dei premi alla Associazione Nazionale M. C. con l'obbligo di impiantare e far funzionare la Casa di Riposo dei Medici Condotti. (Dott. V. Balugani).

20 settembre: Gita ai Bagni di Chianciano o alle Miniere di Abbadia S. Salvatore.

Il Segretario Nazionale: A. VACINO.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALATRI (*Frosinone*). — Due condotte, L. 8500, 5 quadrienni del 1/10, L. 4 ogni povero oltre i 1000, c.-v. Scad. 30 sett.

BASSANO (*Vicenza*). — L. 12,000, 6 quadrienni del 1/10, c.-v. Scad. 30 sett.

BASSANO BRESCIANO. — L. 10,000; 5 quadrienni del 1/10; trasporto 500; uff. san. 500; ambulatorio 300; c.-v. Scad. 25 sett.

BRIENZA (*Potenza*). — L. 6000, 1000 per uff. san., sei quadrienni del 1/12. Scad. 30 sett.

CARMIGNANO (*Firenze*). — Due condotte L. 8500, 8 trienni del 1/10; trasporto 3000. Scad. 30 sett.

CARRARA. *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario e medico primario; proroga a tutto 30 sett.; stip. base L. 10,200, oltre aumenti periodici e indennità. La sede dell'Ospedale verrà quanto prima trasferita nei nuovi locali di Monterosso con capacità di 350 letti. Ab. 60,000 circa. Chiedere avviso alla segreteria della Congregazione di Carità.

CASTIGLIONE DEI GENOVESI (*Salerno*). — Scad. 23 sett.; vedi fasc. 34.

COMACCHIO (*Ferrara*). *Congregaz. di Carità* — Primario chirurgo direttore dell'Ospedale S. Camillo; al 30 ott.; chied. annunzio; L. 10,000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 asegno complementare variabile; addizion. oltre i 1000 pov. (L. 2000

circa); età lim. 35 a.; tassa L. 50.15 al Tesoriere; 2 anni in clin. chirurg. o comprimario, titoli in ostetr. e ginec.; serv. entro 15 gg.

DUEVILLE (*Vicenza*). Cond. I Rip. Rivolgersi al Municipio. Scad. 30 sett.

FOLGARIA (*Udine*). — L. 9500, con 5 aumenti; trasporto 3000; uff. san.; indennità alloggio; c.-p. Età massima 38. Scad. 28 sett.

GALLUZZO (*Firenze*). — Condotta di Impruneta. Nel cert. di condotta deve risultare che l'aspirante non appartiene ad associazioni od organizzazioni sovversive. Età massima 35 (salvo per chi presta serv. in altre condotte). L. 8500 con 8 3enni del decimo; c.-v.; cavalcatura (obbligatoria) L. 3000. Scad. 5 ottobre. Serv. entro 30 giorni.

GENOVA. *R. Prefettura.* — Due uff. san. consorziali; scad. 1° ott.; vedi fasc. 36.

GIOIA DEI MARSI (*Aquila*). — L. 9500; 4 quinquenni del 1/10, 500 se uff. san. Età massima 40; scadenza 26 sett. Serv. entro 30 giorni.

GUBBIO (*Perugia*). — Condotta rurale del VI, VII, X reparto, estensione rispettiva kmq. 78, 56, 65. Stip. rispettivo 7000, 9000, 8000; con 4 quinquenni del 1/10; indennità 2100; c.-v.; rimborso spese trasporto oltre i 500 m. dall'abitaz. Età massima 40 con le solite eccezioni. Documenti temporanei a data tre mesi. Scad. 30 sett. Servizio entro 30 giorni.

MANTOVA. — Medico aggiunto all'ufficio d'igiene; L. 11,500 con quadrienni del decimo, indennità 1500, c.-v., età massima 40, a meno che il concorrente non sia già al serv. di altri comuni. Laurea da non meno di 10 anni con voti degli esami, idoneità fisica, iscrizione ordine, certificato che l'aspirante non è stato disertore di guerra. Pubblicazioni in 5 copie, elenco in doppia copia. Visita medica. Esame in una o più prove scritte pratiche ed orali. Serv. entro 15 giorni. Scad. 5 ottobre.

MANTOVA. — Medico del Dispensario comunale per profilassi e cura della sifilide e m. veneree; L. 3500 annue; nom. triennale; scad. 30 sett.; docum. alia Segreteria del Comune, non anteriori di 3 mesi al 1° sett.; serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

MERETTO DI TOMBA (*Udine*). — Scad. 30 sett.; L. 8000 per 1000 poveri, L. 1.50 ogni povero in più. Tassa L. 50.15. Rivolgersi Segr. Com.

MILOCCA (*Caltanissetta*). — L. 9000. uff. san. 500, trasporto 1000; 5 quinquenni di L. 800. Età massima 40, salvo eccezioni. Scad. 30 sett.

MONTICHIARI (*Brescia*). — Scad. 30 sett.; vedi fasc. 34.

NOVARA. — Per Lumellogno; proroga 30 sett.; L. 8000 per 400 iscritti, L. 1000 ogni 500 iscritti in più o frazione; L. 150. ambulat.; L. 150 arm. farm.; 10 bienni di L. 500; c.-v.; età lim. 35 (40) a.; docum. a 3 mesi; tassa L. 50.

REGGIO CALABRIA. — Radiologo Istituto Diagnostico (Ente morale). L. 10,000, percentuale 30 %. Scad. 15 ott.

RESIA (*Udine*). — A tutto 30 sett.; L. 9000, oltre L. 500 serv. attivo, L. 3500 trasp., L. 900 uff. san., c.-v.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Concorso a tre primari: chirurgo, oculista e dirigente il Laboratorio patologico; titoli ed esami; scad. ore 16 del 15 ott.; età lim. 45 a.; tassa L. 50. Stip. L. 7800 e c.-v. Per le altre condizioni chiedere annunzio alla Segreteria Generale.

S. AGATA FELTRIA (*Pesaro*). — Condotta del I Riparto; età massima 40, salvo consuete eccezioni. Certificati temporanei a data non inferiore a sei mesi; L. 9000; L. 2 per ogni povero oltre i 500; indennità 3000. Funzioni di dirigente Ospedale (indennità a parte). Scad. 29 sett.

SORANO (*Grosseto*). — Scad. 20 sett.; v. fasc. 34.

TARANTO. — Direttore sezione medico-micrografica del laboratorio prov. di igiene. Età massima 45 (salvo per gli aiuti ed assistenti di medicina e chimica, e per chi presta servizio in laboratori). L. 16,000 aumentabili a 17,800 dopo il secondo quadriennio; indennità 4200, c.-v. Esami a Bari, consistenti in 2 prove scritte, 4 pratiche, 1 orale. Servizio entro 30 giorni. Scad. 31 ottobre.

TORRICE (*Frosinone*). — Scad. 20 sett.; v. fasc. 34.

URBINO. — Cond. rurale residenziale (Canavaccio), superficie kmq. 36, con 3089 ab.; L. 9000, 4 sessenni del 1/10; L. 2 per ogni povero in più oltre i 500; indennità serv. 1500, cavalc. 3000. Età massima 40. Scad. 30 sett. Serv. entro un mese.

VICENZA. *Ospedale Civile.* — Scad. 15 ott., ore 18; chirurgo primario; nom. e conferme settennali fino al 60° anno; L. 6000 (*sic*); età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 20 ag.; tassa L. 50; 8 anni di laurea di cui 4 di serv. ospedaliero o in clinica.

CONCORSI A PREMI.

Premio Internazionale Aurelio Bianchi.

È bandito un concorso presso la R. U. di Perugia ad un premio di lire it. 10,000 destinato a premiare i lavori eseguiti nel campo della Fonendoscopia, Fonendografia, Fonendometria. Questi lavori debbono avere carattere sperimentale ed applicazioni nel campo della Semeiotica.

Il concorso è aperto a studiosi di ogni nazionalità. Possono concorrere al detto premio singoli autori o più autori, che abbiano lavorato in collaborazione. Per concorrere si può presentare tanto un'unica memoria quanto un gruppo di memorie, collegate fra loro e riguardanti gli argomenti considerati nel concorso. I lavori dovranno essere dattilografati, non debbono essere stati pubblicati per l'innanzi e potranno essere redatti in una delle seguenti lingue: italiana, inglese, francese, tedesca, spagnola e portoghese. Sulla copertina di ogni lavoro presentato al concorso deve essere scritto un motto, che sarà ripetuto sopra una busta chiusa e contenente il nome e l'indirizzo degli autori della memoria,

I lavori dovranno essere inviati alla Segreteria della R. Università degli Studi di Perugia (per il concorso prof. Aurelio Bianchi), e pervenire entro le ore 18 del 24 maggio 1928.

L'assegnazione del premio viene fatta entro sei mesi dalla chiusura del concorso.

La monografia premiata resta di proprietà della R. Università degli Studi di Perugia, che provvederà alla sua pubblicazione.

Qualora nessuno dei lavori presentati fosse giudicato degno di Premio, la Facoltà Medico Chirurgica della R. Università di Perugia potrà prorogare il termine del concorso.

Borsa di studio « A. M. Luzzatto ».

Per onorare la memoria del compianto prof. A. M. Luzzatto, l'arcispedale di S. Anna in Ferrara ha istituito una borsa di studio, allo scopo di conferire ogni due anni un premio all'autore del lavoro (o gruppo di lavori), su temi liberamente scelti nel campo della Clinica e della Patologia, che sarà riconosciuto il più degno, a giudizio della Commissione.

I lavori dovranno: *a*) essere presentati a stampa; *b*) costituire, almeno prevalentemente, il risultato di studi e di ricerche compiute nel Laboratorio che si intitola al nome del prof. Luzzatto, da Lui fondato e già diretto; *c*) portare l'indicazione di tale origine; *d*) essere pubblicati da non oltre un biennio, avuto riguardo alla data di chiusura del concorso.

Possono aspirare al premio — che per l'anno 1928 sarà di L. 2000 — tutti i medici chirurghi e gli studenti di medicina, ad eccezione dei Medici Primari di Ospedale e dei Professori titolari aiuti o assistenti di Universtà.

Il primo concorso scade il 31 marzo 1928.

Per eventuali schiarimenti, rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione ospedaliera.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Padova.

L'Ora Policlinica.

Su questo argomento ricco di suggestività il prof. Oddo Casagrandi (preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, direttore dell'Istituto d'Igiene e preside della Poliambulanza Medica di Padova, cui spetta l'iniziativa dell'*Ora policlinica* per opera speciale del collega prof. Boschi) ha tenuta una conferenza piena di fascino, di spirito d'umanità e d'amore della scienza. Il convegno ebbe luogo nella sala dell'Ordine dei Medici.

L'oratore parte dalle sue conoscenze eclettiche nel campo della medicina e della biologia, poichè oltre che nei Laboratori, iniziò i suoi primi studi anche nelle cliniche. Egli considera da vari punti di vista il prisma complesso della fenomenologia patologica dell'uomo. Esamina con varie analisi l'essenza dell'arte medica, facendone indagine con sensi di filosofia e di psicologia che praticamente convergono ad un criterio di collegamento delle varie osservazioni che possono farsi esaminando i vari sistemi di un ammalato, collegamento che arriva logicamente al concetto dell'*Ora policlinica.* Tale concetto non corrisponde all'arida idea che fino ad ora ci eravamo fatti dello specialista che studia il suo paziente nel campo limitato della propria specialità, ma vuole un insieme armonico di indagini nei vari campi della fisiologia, della patologia ed anche, talora, della psicologia, indagini condotte con logica scientifica e con particolare intuito clinico, in modo di poter sviscerare, anche nei casi che ci sembrano più banalmente unilaterali, tutto il complesso di fenomeni che nei diversi sistemi dell'organismo accompagnano od anche precedono il male.

Non quindi fredde accademie, ma Collegi di studiosi, veri organismi attuatori de l'*Ora policlinica*, che indaghino, oltre la manifestazione morbosa locale, tutte le alterazioni anche lievissime, ignote o mal note, che ad essa si concatenano.

Questo concetto porterebbe nella pratica enormi vantaggi anche per una terapia degli stati premorbosi, terapia utilmente precoce che in certo senso acquista un vero carattere profilattico.

L'oratore espose questa elevatissima concezione circa lo svolgimento dell'opera sanitaria in forma attraentissima e geniale; lasciando viva impressione nell'uditorio plaudente.

Conferenze sull'aviazione.

Per iniziativa dell'Aero Club di Padova (del quale è presidente il prof. Oddo Casagrandi, direttore dell'Istituto d'Igiene e preside della Facoltà Medica, e segretario il sig. Vecellio) e per gentile interessamento dell'Università che mise a disposizione i locali, si è dato inizio ad una serie di conferenze interessanti l'aviazione.

Le conferenze sono libere al pubblico che vi interviene numeroso; in special modo è largamente rappresentata la categoria degli ufficiali.

La prima conferenza della serie venne tenuta dal socio avv. E. Morpurgo, coadiutore della cattedra di Diritto privato. L'oratore tratteggiò i cómpiti del giurista nelle quistioni aeronautiche dimostrando come la legislazione italiana con la legge aeronautica del 1923 rechi un notevole contributo alla Convenzione di Parigi del 1919, particolarmente per quanto riguarda il diritto aeronautico privato con gli istituti della responsabilità, dell'ipoteca e dell'abbandono.

Il 17 luglio l'avv. prof. Cassinis trattò l'argomento della fotogrammometria, problema fondamentale che presenta molti e nuovissimi campi di utilizzazione nei rilievi fotografici. Ricordò l'importanza che ebbero gli studi italiani mettendo in rilievo il valore dei recenti apparecchi del Nistri e del Santoni.

Importantissima e, specialmente per noi, interessante la terza conferenza del ciclo tenuta il 24 luglio dal prof. V. Ducceschi, direttore dell'Istituto di Farmacologia dell'Università. L'insigne fisiologo parlò sull'argomento « Il male delle altitudini e l'aviazione ». Egli svolse il tema in modo assai chiaro esponendolo sotto un aspetto molto interessante. Fece la storia dolorosa delle vittime che con audacia si immolano ad ogni progresso, vittime che segnano di sangue anche le vie dell'automobilismo e dell'aeronautica. Cause

ne sono imperfezioni di apparecchi e loro guasti, ma, specialmente per l'aviazione, imprudenze, temerità, assenze psichiche, vertigini, perdite del controllo dei propri atti, deliqui, pericolosi inconvenienti cagionati dalle condizioni antifisiologiche del volo nelle forti altitudini, dal freddo, dal vento, dalla fatica nervosa, dalle rapide discese. Tali inconvenienti sono rari in individui di robusta costituzione e di funzionamento organico in perfetto equilibrio.

I passaggi da altissime quote (fin sopra i 4 ed i 5000 metri) necessari talora per il risultato del volo, offrono l'insidia del « male delle altitudini » con effetti deleteri sul cuore, sul sistema nervoso, sul sangue nel quale si stabiliscono stati di anossiemia e di acapnia. Il Ducceschi ricorda a proposito i numerosi studi del Mosso e dei suoi allievi sul Laboratorio del Monte Rosa.

Anche la funzionalità dell'orecchio può facilmente venir compromessa per lo squilibrio dato dalla diminuita pressione esterna in confronto di quella della cavità timpanica. Da ciò fastidiosi ronzii, e, peggio ancora, turbe negli organi labirintici che alterano la percezione della posizione del capo e delle membra nello spazio, e sono causa di disorientamenti. Questi disturbi sono determinati dai rapidi e notevoli sbalzi dell'areoplano, e si producono facilmente negli individui deboli e con organo uditivo non assolutamente integro.

Perciò la selezione dei piloti viene fatta con la massima accuratezza in Istituti collaudatori specializzati, in modo che possano assicurare alla Patria una schiera di giovani, vere aquile dai cuori saldi, che con organismi perfetti sappiano dare alla novissima arma il necessario sviluppo perchè rechi il tricolore nel mondo in regioni sempre più lontane, e nei finora inaccessibili spazi del cielo. PLF.

NOTIZIE DIVERSE.

Associazione della Stampa Medica Scientifica Italiana.

I direttori, redattori ed amministratori di periodici di medicina sono invitati ad una riunione che si terrà a Parma, in occasione dei Congressi medici in luogo e data da stabilirsi, per uno scambio d'idee sul programma dell'Associazione e per procedere alle elezioni del Consiglio.

V Congresso dell'Associazione italiana fascista per l'Igiene.

Si terrà in Roma dal 12 al 16 ottobre 1927. Saranno trattati i temi seguenti:

1) Prof. A. Sclavo (Siena) « Igiene e Lavoro »; 2) Prof. F. Abba (Torino) « Approvvigionamento del latte »; 3) Prof. G. Pecori (Roma) « I provvedimenti governativi per la profilassi della Febbre tifoide »; 4) Prof. P. Pulcher e Ing. G. Rodella (Genova) « Smaltimento delle immondizie »; 5) Dott. G. Escalar (Roma) « La scuola rurale e la lotta antimalarica nell'Agro Romano ».

Vi saranno ricevimenti, escursioni, visite.

Quota d'iscrizione L. 20 per i Congressisti e L. 10 per i famigliari da inviarsi non oltre il 30 settembre 1927 al Segretario Generale dott. Giov. Palomba - Roma (126) - Via G. G. Belli, 27 per ricevere tessera e, a richiesta, i documenti per le riduzioni ferroviarie per i quali occorre, per ciascuna persona, indicare: cognome, nome, età, domicilio e stazione di partenza.

Congressi Medici di Parma.

Dal 18 al 24 ottobre p. v. saranno tenuti a Parma il XXXIII Congresso di Medicina Interna (Presidente Gabbi), i Congressi di Chirurgia ed Urologia (Presidente Ferrari), di Otorinolaringologia (Presidente Lasagna), e di Medicina del Lavoro (Presidente Gabbi).

I Congressi saranno inaugurati nell'ordine seguente:

A) Congressi di Medicina Interna e Chirurgia (18-21 ottobre): Inaugurazione nell'Aula Magna (Palazzo dell'Università); Vermouth al Municipio offerto dal Podestà.

Sede dei Congressi: Anfiteatro Istituto di Anatomia Umana (Ospedale): Medicina; Sala del Ridotto del Regio: Chirurgia.

B) Congresso di Otorinolaringologia (22-24 ottobre): Inaugurazione nell'Aula Magna (Palazzo dell'Università); Ricevimento e vermouth al Palazzo della Provincia offerto dal R. Commiss. della Provincia.

Sede del Congresso: Sala del Ridotto del Regio.

23 ottobre: Visita agli Stabilimenti termali di Salso.

C) Congresso di Urologia (22-23 ottobre).

D) Congresso di Medicina Nazionale del Lavoro (24-26 ottobre): Inaugurazione nell' Aula Magna; Ricevimento e vermouth alla Camera di Commercio offerto dal R. Commissario.

Sede del Congresso: Anfiteatro Istituto di Anatomia Umana (Ospedale).

Annessa al Congresso vi sarà: *a*) un'Esposizione di Specialità medicinali e di Acque Minerali, di strumenti di Chirurgia, di Otorinologia, di Urologia, di Microscopia, di Batteriologia e di Radiografia; *b*) un'Esposizione di libri e di periodici di Medicina e Chirurgia; *c*) una Mostra delle Stazioni di cure termali e climatiche.

I Congressi saranno onorati di una rappresentanza dei Medici dell'Argentina.

Informazioni e recapiti: *a*) alla Stazione (un impiegato municipale ed un Goliardo del G. S. U. F.); *b*) all'Università: posta e sala di scrittura dei Congressisti (bidello a disposizione); *c*) Ufficio Stampa: Uffici del « Corriere Emiliano » (con rappresentanza di un Medico di ogni Congreso).

Il XII Congresso Internazionale di Idrologia, Climatologia e Geologia Medica

avrà luogo, come abbiamo annunziato, dal 5-9 ottobre a Lione, sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica francese.

Il Congresso sarà diviso nelle sue tre distinte sezioni, e sarà accompagnato dalla Esposizione Internazionale delle Stazioni Idrominerali, Climatiche e Marine.

Il Comitato italiano per la propaganda del Congresso è stato così costituito: Presidente: prof. Andrea Vinaj; Consiglieri: sen. prof. Queirolo, on. prof. V. Gabbi, prof. L. Devoto, prof. G. Ruata, prof. C. Cattaneo, prof. Ceresole, prof. D. Burgonzio, gr. uff. A. M. Rebucci, gr. uff. Granelli, comm. Saccani.

Sono concesse notevoli facilitazioni di viaggi e di soggiorno per aderenti ed espositori.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria generale del Congresso Internazionale Idrologico presso la Facoltà di Medicina, Quai Claude Bernarde 18, Lione.

IV Congresso Internazionale di Navigazione Aerea.

Il Comitato Ordinatore del IV Congresso Internazionale di Navigazione Aerea, accogliendo i voti pervenuti da diversi Enti e da singole personalità, nell'intento di agevolare coloro che intendono partecipare al Congresso ed apportarvi il proprio contributo di studi e di esperienza, ha prorogato fino al 20 settembre il termine per la accettazione delle iscrizioni e per la presentazione delle memorie.

Corso di perfezionamento in medicina, chirurgia, specialità, all'Ospedale Incurabili di Napoli.

Avrà luogo dal 1° novembre al 4 dicembre c. a.; potranno inscriversi i laureati in medicina e chirurgia.

Nel corso di medicina pratica saranno trattati argomenti speciali di cardiologia (prof. Pace), di malattia dell'apparato digerente (prof. Castronuovo), di malattie epatiche e renali (prof. Bucco), di malattie dell'apparato respiratorio (prof. Patricelli), di sierologia (prof. Bazzicalupo).

Nel corso di chirurgia pratica saranno eseguite operazioni chirurgiche e verranno dettate lezioni di clinica chirurgica generale, di semiotica chirurgica, di traumatologia, di chirurgia di urgenza, di urologia, di dermosifilopatia dai proff. Iacobelli, Laccetti, Scanga, Bruni, Mosca, de Bardinis.

Domanda in carta semplice, indirizzata al Presidente della Scuola medica ospedaliera prof. Gabriele Tedeschi e consegnata all'Ispettore signor Giuseppe Renzi. Voglia di L. 100 al Presidente. Presentazione del diploma di laurea o certificato equivalente

Chiusura delle iscrizioni al 30 ottobre. Rilascio di certificato a chi ha seguìto con regolarità la lezione e le esercitazioni.

Possibilità agli allievi di assistere nelle ore libere ad operazioni, visite, esercitazioni speciali, ambulatori previo consenso dei rispettivi direttori.

Encefalomielite epidemica a Bucarest.

I giornali recano notizie di un'epidemia abbattutasi sulla capitale rumena, manifestantesi con sintomi di poliomielite anteriore acuta (paralisi degli arti) e di encefalite (convulsioni e delirî). Il Consiglio Superiore della Sanità, adunatosi sotto la presidenza del Presidente del Consiglio, ha deciso tra l'altro di adibire numerosi nuovi locali al ricovero degli ammalati ed al loro trattamento. Il Consiglio dei Ministri ha approvato dei crediti straordinari per la lotta contro la grave epidemia.

Ordinanze di sanità marittima.

Con ordinanza di sanità marittima le provenienze da Abadan e da altri porti della Mesopotamia sul Golfo Persico sono sottoposte alle misure contro il colera asiatico prescritte nell'ordinanza di Sanità marittima n. 10 del 1907 modificata con D. M. 30 agosto 1911.

Con altra ordinanza sanitaria marittima le provenienze da Dakar e da tutti i porti del Senegal sono state sottoposte alle misure profilattiche contro la febbre gialla prescritte dall'ordinanza di sanità marittima n. 2 del 15 marzo 1924.

Nella stampa sanitaria.

Si è iniziata la pubblicazione di un « Bollettino della Lega Italiana per la Lotta contro il Cancro », a cura del prof. Pietro Gallenga; reca gli atti della Società, pregevoli contributi, relazioni e atti ufficiali, recensioni ecc.: rispecchia l'attuale intenso movimento diretto a infrenare il terribile morbo. Ricordiamo che la Lega, eretta in Ente morale, è posta sotto l'alto patronato di S. M. la Regina; ne è presidente il sen. Lustig; del Consiglio fanno parte altre eminenti personalità della medicina. La costituzione della Lega assicura un'azione attiva e fattiva.

L'abbonamento al Bollettino importa L. 20 per i non soci, L. 10 per i soci.

Augurî collegiali.

Cospicuo assegno americano per le ricerche sulla febbre di Malta.

La fondazione Illa Sachs Plotz, di Boston, per il progresso della investigazione scientifica ha inviato al prof. Maurizio Ascoli un assegno di lire 18,240 (1000 dollari) per la continuazione delle ricerche sulla febbre di Malta cui egli attende in collaborazione col dott. Emanuele Sanfilippo.

Mentre ci congratuliamo con lo studioso che ha saputo meritare l'interessamento della fondazione Americana, rileviamo con compiacimento che è la prima volta che questa assegna delle somme ad uno scienziato Italiano per gli studi sopra una malattia che, diffusissima nelle nostre regioni, è in America pressochè sconosciuta.

Donazioni e lasciti.

Il cav. Benedetto Marino Platania ha lasciato, morendo, al Comune di Catania la somma di 10 milioni, con l'obbligo della costruzione e della manutenzione di un Manicomio da intitolare a San Benedetto e disponendo che, in caso d'infrazioni testamentarie, l'eredità vada al Manicomio di Palermo.

A beneficio dell'Ospedale Maggiore di Milano il signor Carlo Mazzi fu Giuseppe con suo testamento olografo ha disposto un legato di L. 50,000.

Il Collegio Commissariale del Banco di Sicilia ha deliberato — su proposta del R. Commissario gr. uff. Ignazio Mormino, presidente — di assegnare un contributo di L. 50,000 in favore dell'Ospedale Civile S. Biagio di Marsala, prelevandolo dal fondo destinato ad opere di pubblica utilità e beneficenza, costituito da una parte degli utili annuali della Cassa di Risparmio dello stesso Banco.

Un grandioso ambulatorio odontologico a Londra.

Il sig. George Eastman di Rochester (Stati Uniti), capo della Compagnia Kodak, ha donato un milione e mezzo di dollari, pari a circa 25 milioni di lire it., per istituire a Londra una grandiosa Clinica odontologica.

Lo Eastman ha da tempo rivolto le sue cure all'assistenza odontologica, con particolare riguardo all'infanzia. Dieci anni or sono egli istituì a Rochester un'altra Clinica odontologica, affidata alla direzione del dott. Harvey J. Burkhart. Questi si è ora recato a Londra, per prendere gli accordi relativi alla costruzione ed al funzionamento della nuova Clinica. La quale comprenderà 50 sedie d'operazione, nella infermeria principale, e 7 nel reparto di ortodontia. Vi saranno, inoltre, 25 letti per ricovero di pazienti con affezioni delle tonsille, con vegetazioni adenoidi o con palatoschisi.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. Ascoli, Red. resp**

Dott. ANTONIO SEBASTIANI
Aiuto medico negli Ospedali di Roma.

I DISTURBI DEL RITMO CARDIACO

Prefazione di GIUSEPPE BASTIANELLI

Perchè i lettori possano rendersi conto dell'utilità che questo volume ha per tutti i medici pratici, ne ri-portiamo l'intero INDICE, insieme a tre figure scelte fra le tante che lo illustrano.

INDICE.

SAGGIO DELLE ILLUSTRAZIONI.

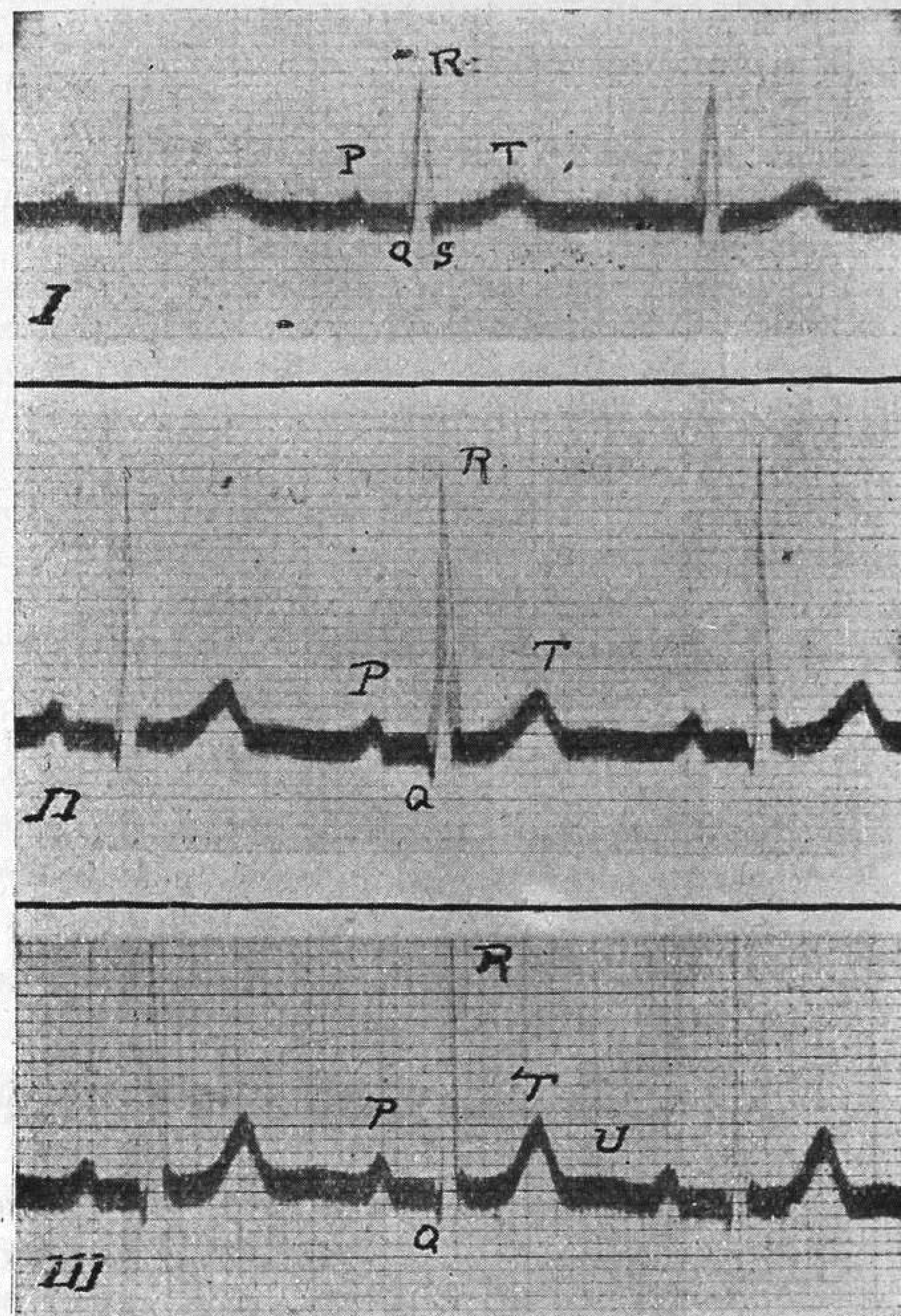


FIG. 12. — Elettrocardiogramma normale.

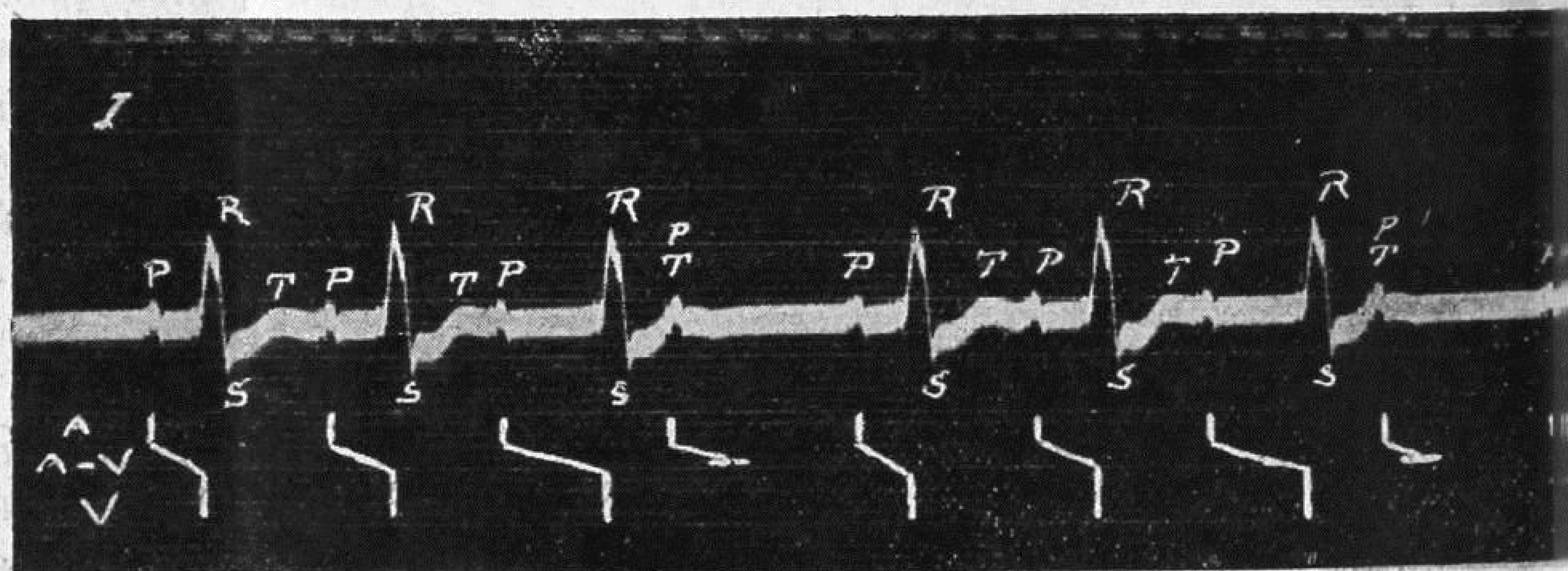


FIG. 22. — Blocco incompleto con progressivo ritardo della conduzio[ne]

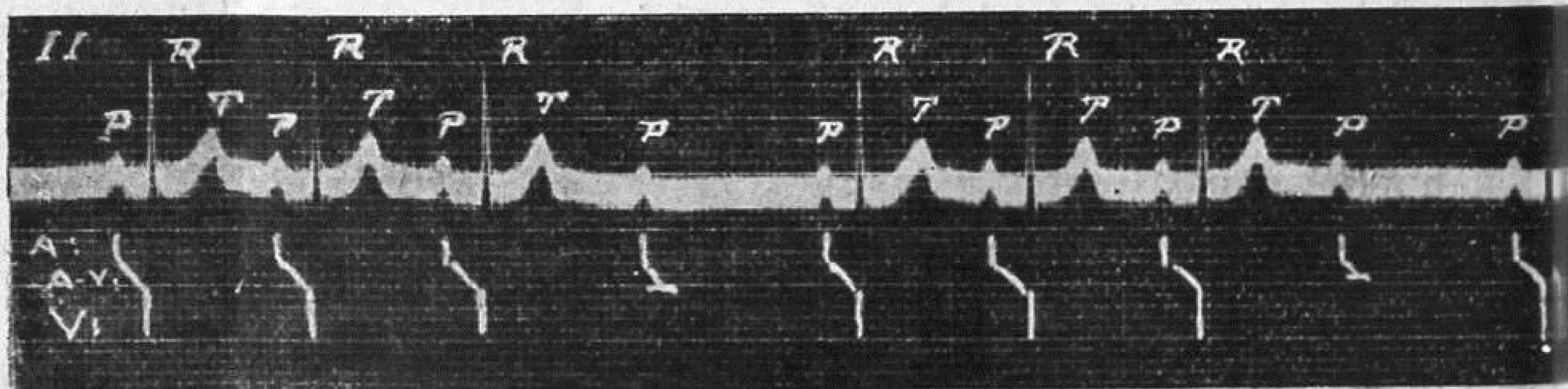


FIG. 26. — Blocco incompleto 4:3.

Un volume in-8 di pag. VIII-144 (N. 7 delle « Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità », Collezio[ne] del *Policlinico*), con 73 figure intercalate nel testo, nitidamente stampato su carta semipatinata. Prez[zo] L. **18.** Per i nostri abbonati sole L. **16,25** in porto franco.

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, aggiungendo « per l'Ufficio postale Succ. diciotto », **ROMA**
Per i Vaglia Bancari (che devono essere riscuotibili in Roma) **basta indirizzare: Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, Roma**

ANNO XXXIV Roma, 26 Settembre 1927 Fasc. 39

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI RADIOLOGIA ED ELETTROTERAPIA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. A. BUSI.

Sindrome da falsa calcolosi renale.

Contributo clinico-radiologico

per il dott. TOMMASO LUCHERINI
aiuto medico degli Ospedali di Roma.

Molteplici sono le forme morbose che possono dare la sintomatologia della calcolosi renale, e perciò non è facile la rispettiva differenziazione diagnostica.

Infatti le malattie degli organi genitali femminili, tra cui la gravidanza extrauterina, la sacralizzazione della V vertebra lombare, la lombaggine, i disturbi nervosi (nevralgie, nevriti, ecc.), possono simulare la litiasi renale. Difficile è anche la diagnosi differenziale, quando la sindrome è a destra, dalla calcolosi biliare e dall'appendicite acuta, tanto più che nel corso di quest'ultima malattia qualche volta si può persino avere una ematuria (Matthes, ecc.). Ancora più difficile si può presentare la diagnosi differenziale da altre malattie del rene stesso, quali la tubercolosi, i tumori, l'echinococco del rene, la pielite acuta, la pielonefrite, la paranefrite, il rene mobile, l'idronefrosi, l'infarto del rene.

D'altra parte, poi, nella nefrolitiasi non esiste sempre una tipica sintomatologia, e talvolta le coliche renali assumono una forma così vaga e strana da confondere la diagnosi, e l'esame ripetuto delle urine non sempre risolve il dubbio diagnostico. Soltanto l'indagine radiologica, oggi applicata con esattezza di tecnica, permette quasi sempre di riconoscere non solo la presenza dei calcoli, ma di precisarne anche la loro sede, forma, grandezza ed il loro numero. Non sempre però con i raggi X è facile ottenere risultati positivi, specialmente se i calcoli sono molto piccoli e di materiale organico.

È opportuno poi far rilevare che talvolta nella diagnosi radiologica di calcolosi delle vie urinarie, si presentano anche difficoltà diagnostiche e la letteratura, infatti, registra molteplici cause di errore, e cita parecchi casi in cui la diagnosi di calcolosi renale è stata dall'intervento chirurgico, dimostrata erronea. Così ad es. i tumori fibrosi (Busi), la calcificazione della tunica media di un grosso vaso (Ponzio), concrezioni ganglionari calcificate del peritoneo (Lejéne), fleboliti della vena renale (Albers, Schämberg, Frankel), false coste, esostosi dell'osso iliaco (Köler), calcolosi intestinali (Arcelin), sostanze medicamentose iniettate,

calcoli appendicolari (Busi), ecc., possono dare luogo ad ombre che simulano la litiasi renale.

In ogni modo simili eventualità sono assai rare ed un preciso esame radioscopico e radiografico, completato da un esame delle urine, ed eventualmente dal cateterismo dell'uretere e dall'indagine della funzione renale, servono a risolvere l'eventuale dubbio diagnostico. Ogni individuo nel quale si sospetti la nefrolitiasi, deve essere esaminato con i raggi X. Quando poi i calcoli non sono visibili o sono poco visibili, come quelli di acido urico, allora si potrà ricorrere alla pielografia, la quale spesso è di valido ausilio nell'accertamento della diagnosi radiologica. Recentemente anche M. Ascoli ha illustrato un caso nel quale un calcolo trasparente fu reso visibile dopo una pielografia, per il depositarsi su di esso di ioduro di litio.

L'importanza dell'indagine radiologica per la diagnosi della calcolosi renale, è oggi indiscutibile, ben sapendo che molte malattie possono, come ho già detto, dare una sintomatologia simile a quella della litiasi renale.

A questo proposito ho creduto opportuno illustrare un caso che offre singolare interesse, poichè la sintomatologia clinica che esso presenta, mentiva precisamente la diagnosi di calcolosi renale, diagnosi che poi l'indagine radiografica ha dimostrato assolutamente erronea.

M. Giuseppe, di anni 29, muratore. Padre vivente e sano; madre morta a 55 anni per cardiopatia; fratelli e sorelle tutti viventi e in buona salute. Nega malattie venereo-luetiche. Nel 1921 fu colpito da infezione malarica, che in seguito recidivò più volte. Sin dalla primavera del 1926, incominciò ad avvertire un dolore leggiero al fianco sinistro che si esacerbava ogni tanto, specialmente in seguito a sforzi fisici. Tale disturbo non gli impedì di lavorare sino al 10 dicembre 1926, giorno in cui improvvisamente avvertì al fianco destro un dolore intenso, che si irradiava in basso lungo l'uretere sino alla vescica ed al testicolo. Questo dolore perdurò varii giorni, non sempre con la stessa intensità, per cui ricorse al consiglio di un sanitario il quale fece diagnosi di « colica renale destra », e prescrisse urotropina per bocca ed applicazioni calde nella regione renale destra. Il paziente afferma di avere avuto giovamento da tale cura, tanto che potè riprendere il suo ordinario lavoro. Dopo 5 giorni però di completo benessere cominciò ad avvertire improvvisamente al fianco sinistro un dolore più forte del precedente, a tipo continuativo, ma più intenso durante la notte. Il paziente afferma che tale dolore si diffondeva in basso sino al testicolo ed alla coscia sinistra e non gli consentiva di dormire durante la notte. Non si è mai accorto di avere elevazioni termiche. L'infermo si lagnava anche di un lieve bruciore durante ed immediatamente dopo la minzione. Gli attacchi dolorosi erano più forti dalle 8 di sera alle 5 di mattina, e durante queste ore il dolore si irradiava più intensamente al testicolo corrispondente. A causa di questi disturbi, approfittando di un giorno di benessere, si presenta all'Ambulatorio dell'Istituto di Radiologia della R. Università di Roma per essere esaminato.

E. O. Condizioni generali buone; colorito roseo della cute e mucose visibili; stato di nutrizione discreto; respiro e polso normali. Apiressia. Nulla di obiettivo a carico degli organi toracici.

Fegato e milza nei limiti normali. La palpazione semplice e bimanuale delle regioni renali, specialmente di quella sinistra, provoca vivo dolore. I reni non si riescono a palpare. I punti ureterali di sinistra sono dolenti alla pressione. Non si rileva alcuna deformità (*gibbus*) della colonna vertebrale; l'ultima vertebra dorsale e le prime lombari non sono dolenti alla pressione profonda.

Esame urine. Tracce minime di albumina, assenza di zucchero, aspetto limpido, densità 1018.

Esame microscopico del sedimento. Presenza di varii globuli bianchi ben conservati, qualche cellula della pelvi e della vescica. Assenza di emazie e di elementi renali. R. Wassermann negativa.

Radioscopia. Nella regione renale destra a pochi centimetri dalla colonna vertebrale, sotto l'ultima costola, si nota una piccola ombra ovalare, immobile con i movimenti respiratori.

Radiografia. Il paziente è purgato e digiuno; si eseguono due radiogrammi comprendenti tutto il sistema urinario. Si ha il seguente reperto: spondilite tubercolare della XII vertebra dorsale, senza schiacciamento del corpo vertebrale. Dai due lati inferiori di questa vertebra lesa scendono in basso dall'interno all'esterno, decorrenti lungo la regione paravertebrale, due ombre di aspetto fusiforme, a margini netti, la destra più piccola (3 cm. di lunghezza) della sinistra (4 cm.), e che poggiano in gran parte sull'ombra dei reni. Queste due ombre per la loro provenienza, sede, direzione e forma sono dovute a 2 ascessi ossifluenti (vedi radiogramma n. 1). Non si notano ombre attribuibili a calcoli renali.

Diagnosi. Morbo di Pott XII dorsale con due ascessi congestizi laterali.

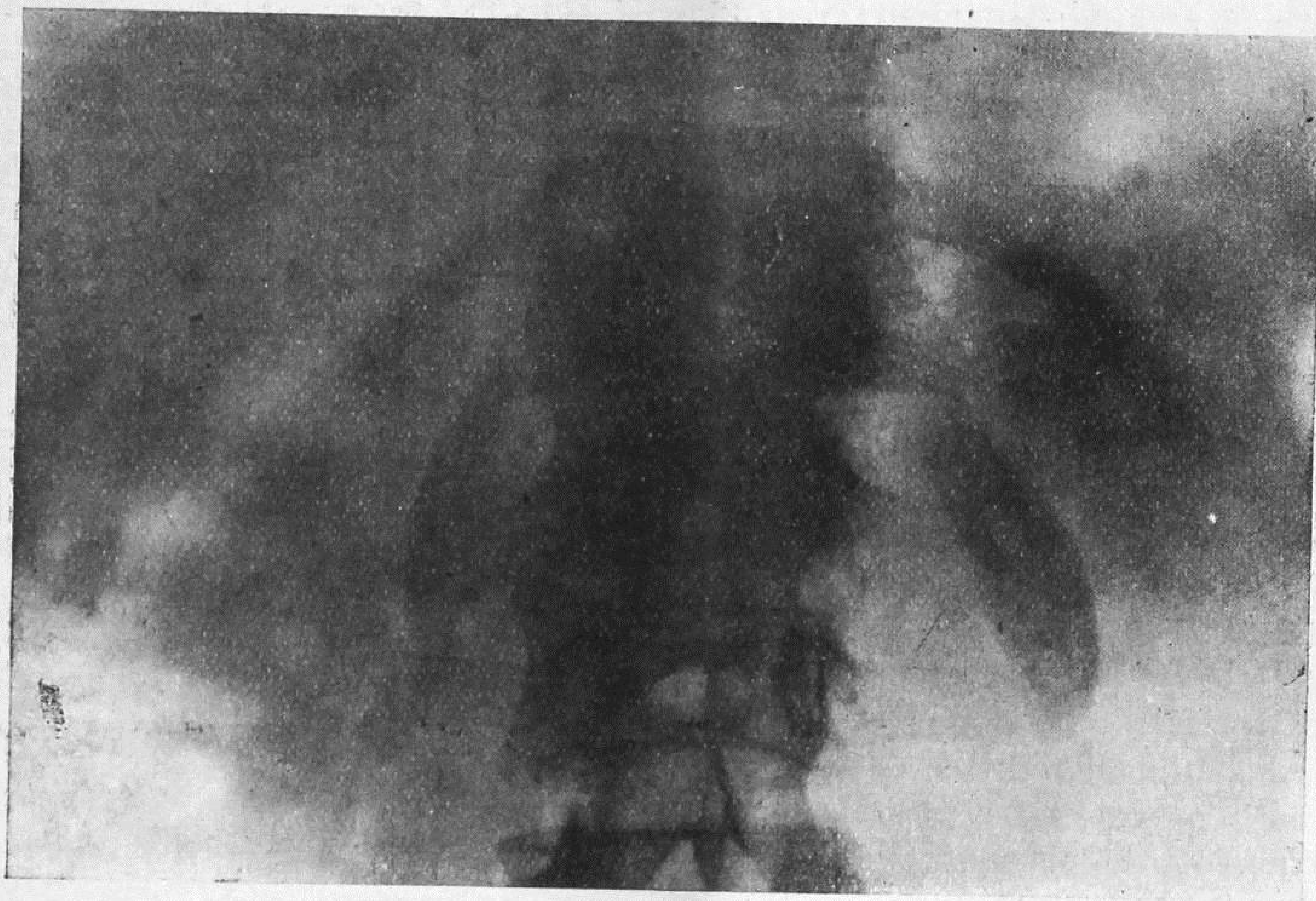
Per dimostrare gli eventuali rapporti che i due ascessi ossifluenti potevano avere con le due pelvi renali e spiegarci così la sindrome da pseudocalcolosi renale, presentata dal paziente, abbiamo praticato la *pielografia bilaterale*.

Cistoscopia. Uretra permeabile a 26 Charlier; vescica discretamente continente e di aspetto normale. Sbocchi ureterali ben visibili e normali. Cateterismo bilaterale facile. Cromocistoscopia con 0,01 di indacocarminio per via endovenosa: eliminazione dopo 4 minuti.

Pielografia (prof. Ermanno Mingazzini). Si iniettano 10 cmc. di una soluzione tiepida di bromuro di sodio al 20 % nelle pelvi; i due bacinetti appaiono di forma, volume e sede normali. L'ombra dei due ascessi congestizi si sovrappone con la sua porzione inferiore sull'ombra delle pelvi iniettate, mettendosi proprio a ridosso della porzione più interna di queste ultime (vedi radiogramma n. 2). Un'altra radiografia successivamente eseguita conferma il reperto suddetto, per cui si esclude quindi la diagnosi di calcolosi renale.

* * *

Il caso da me citato è degno di interesse, poichè contribuisce alla conoscenza delle forme morbose che possono clinicamente simulare la calcolosi renale. La spondilite tubercolare può in verità dar luogo spesso a veri errori diagnostici. Ora è noto che il Pott lombare può qualche rara volta simulare coliche nefritiche e dare irradiazione del dolore alla vescica ed alle coscie, ma alla diagnosi di spondilite tubercolare in genere quasi sempre si arriva per mezzo anche di altri elementi fra i quali in primo luogo la gibbosità. È vero che in certi casi di morbo di Pott il *gibbus* manca del tutto, specie in quei casi in cui si ha insieme alla lesione distruttiva, un'abbondante neoformazione ossea, e nei malati adulti, perchè in questi le ossa sono più resistenti (Poissonier). Però nel mio paziente mancava non solo la gibbosità, ma anche ogni altro elemento che potesse far pensare con sicurezza al morbo di Pott. Infatti, a parte la negatività dei dati anamnestici personali e famigliari, mancava anche la rigidità della colonna vertebrale, manca-



Radiogramma N. 1.



Radiogramma N. 2.

vano i disturbi della sensibilità, le parestesie, ed anche il dolore della pressione sulle apofisi spinose. Di più, il dolore nelle regioni renali non era sordo e continuo, ma insorgeva ad intervalli, improvvisamente, in pieno benessere, e senza causa apparente, e si irradiava in basso con le stesse modalità del dolore da calcolosi renale. I globuli bianchi e le cellule della pelvi renale, trovate nel sedimento dell'urina, accreditavano ancora la diagnosi di litiasi renale. Il fatto poi che la colica insorse una volta al fianco destro ed un'altra volta al fianco sinistro, poteva far pensare od a una calcolosi renale bilaterale, od a una calcolosi unilaterale con insorgenza del cosiddetto riflesso reno-renale. Ma l'indagine radiografica, eseguita per la ricerca eventuale dei calcoli renali, ci ha invece fatto rilevare una lesione tubercolare dell'ultima vertebra dorsale con due ascessi ossifluenti laterali.

Ora, quel che è più interessante, è di spiegarci la causa ed il modo di insorgere caratteristico del dolore osservato nel mio paziente.

Io non credo che esso dipendesse, come nella più parte delle spondiliti tubercolari, da una irritazione delle radici nervose e dei plessi determinata dalla compressione, poichè nel caso mio mancavano i segni della compressione, e poi il dolore non era continuo, ma insorgeva improvvisamente come nella tipica colica renale, e si irradiava in basso sino alla vescica, ed era accompagnato da disturbi nella minzione. Io ritengo che lo scoppio dei dolori alle regioni renali nel mio paziente fosse invece dovuto con ogni probabilità a fenomeni di compressione, determinati dai due ascessi ossifluenti, i quali, poggiando sui bacinetti renali, venivano periodicamente ad occludere per cause svariate ora a destra ora a sinistra le vie urinarie, e determinavano quindi l'insorgenza del dolore con lo stesso aspetto e le stesse modalità di quello che si ha nella calcolosi renale. La pielografia eseguita in questo caso è stata di utilità indiscutibile, poichè ha permesso di localizzare con precisione i rapporti tra i bacinetti e gli ascessi congestizi.

Questo caso insegna che si deve eseguire sempre metodicamente la radiografia in ogni malato che presenta la sintomatologia clinica da calcolosi renale, riconoscendo alla radiologia la possibilità di darci, nella maggior parte delle volte, ragguagli diagnostici sicuri.

BIBLIOGRAFIA.

BUSI A. *Ombre radiografiche certe (tipiche) ed incerte della calcolosi ureterale.* Sunto Bollettino Scienze Mediche, Bologna, anno 83, ser. VIII, volume XII, 1912.

BUSI A. *Alcuni radiogrammi di malati delle vie urinarie.* Sunto della com. alla Soc. Med. Chirurgica di Bologna, 22 febbraio 1912.

ID. *Presentazione di radiogrammi tipici della calcolosi renale ed ureterale.* Com. alla Soc. Med. di Bologna, 24 maggio 1911.

PONZIO. *Un caso di pseudo calcolo renale all'indagine radiologica.* Gior. Ac. Medica, Torino, 1913, pag. 43.

EISENDRAT D. *Nefrolitiasi.* Surgery, Gynec. and Obst., vol. XLIV, n. 3, 1927.

DONDERO. *Cause di errore nella diagnosi radiologica della calcolosi delle vie urinarie.* Policlinico, Sez. pratica, fasc. 6, 5 febbraio 1923.

MAGNI. *L'indagine radiologica e la cistoscopia nella diagnosi di calcolosi delle vie urinarie.* Volume in onore a MURRI, pag. 167; Bologna, 1912.

DILTEN. *Die Röntgennuntersuchung des uropoietischen Systems.* Dal RIEDER ROSENTHAL. Roentgenkunde, I. Band, 1913.

ARCELIN. *Exploration radiologique des voies urinaires.* Masson et C., éditeur, Paris.

DERUAUX. *Des erreurs radiographiques dans la recherche des calculs urinaires.* Ann. mal. org. gén.-ur., 1916, pag. 1460.

NEWMANN. *Cases simulating renal calculus.* Glasgow, M. F., 1919, p. 204.

HAENISCH G. F. *Roentgendiagnostik des uropoetischen Systems.* Amburg, 1908, s. 35.

M. ASCOLI. Atti II Congresso Soc. It. di Urologia, Roma, 1923.

PANCOAST. *The sources of error in the X ray diagnosis of renal calculus.* An. of Dermat. e Gen. ur. dis., 1911, pag. 246.

BOIDI-TROTTI. *I progressi della diagnostica radiologica nelle affezioni delle vie urinarie.* Diario radiologico; gennaio-febbraio 1923.

Trattato di diagnostica radiologica. Edito dalla Soc. It. di Radiologia. Taddei, Ferrara, 1924.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE CIVILE DI VERONA
DIVISIONE CHIRURGICA diretta dal prof. S. SPANGARO.

Le conseguenze del trauma operatorio sul rene, sul fegato, sul sistema circolatorio e sistema nervoso.

Dott. E. FIORINI.

(*Continuazione e fine, v. num. prec.*).

ESAME DELLE ALTERAZIONI DELLA FUNZIONALITÀ EPATICA.

Si deve dire anzitutto che le varie prove proposte sino ad oggi per l'esame della funzionalità epatica sono insufficenti allo scopo.

L'esame per esempio delle urine ci mette in evidenza la iper o ipoazoturia che però è sotto l'influenza dell'alimentazione e delle condizioni del rene e che perciò ha per il fegato scarso valore.

L'urobilina si trova normalmente nelle urine e la sua ricerca acquista importanza soltanto se

essa si trova in eccessiva quantità.. Ma il dosaggio di questa sostanza è difficile.

Pigmenti e sali biliari possono essere messi in evidenza nelle urine, questi ultimi mediante la reazione di Pettenkofer o per mezzo della reazione di Hay oggi rimessa in vigore. Queste ricerche però si rendono utili soltanto in casi di alterazioni notevoli della funzionalità epatica.

Più utile può rendersi la ricerca della bibirubina nel siero del sangue specialmente nei casi di cosidetto ittero latente, cioè nei casi di bibirubinemica senza colorazione itterica della cute. Si è proposto anche il dosaggio di tale sostanza indicando come unità una diluizione all'1 per 200.000 di tale sostanza nel siero sanguigno. Barlocco e Muggia hanno proposto una prova funzionale del fegato che consiste nel fare ingerire al P. dell'emoglobina. Questa in soggetto normale determinerebbe un aumento di 15 mmgr. al massimo di albumina nel sangue mentre negli ammalati di fegato si raggiungerebbero con tale ingestione anche i 5 ctgr.

La ricerca degli acidi biliari nel sangue (colalemia) dà risultati incerti.

Dati più attendibili si potrebbero avere dall'esame del succo duodenale estratto con la sonda, però la presenza della sonda nel duodeno determina tali alterazioni qualitative nella secrezione biliare che non si possono accogliere con tranquillità i risultati di tale prova. Nel nostro caso poi non era cosa possibile sottoporre individui da poco operati ad un sondaggio duodenale.

Anche il metodo delle iniezioni di materie coloranti come la fenoltetracloroftaleina, il bleu di metile e l'indaco carminio, non rappresenta un metodo che oggidì goda eccessiva fiducia.

Infatti la rapidità di eliminazione e la quantità eliminata di tali sostanze non può essere indipendente dalla maggiore o minore rapidità con cui progrediscono le materie intestinali e della maggiore o minore forza di riassorbimento dell'intestino. Dati più attendibili darebbe la loro ricerca nel sangue o nella bile estratta con sonda duodenale se non si presentassero per tale espediente gli inconvenienti sopracitati.

La valutazione del rapporto $\frac{\text{azoto ureico}}{\text{azoto ammoniacale}}$ ha una innegabile importanza ma sempre in casi di gravi lesioni epatiche. Le piccole lesioni sfuggono a questo controllo. Il Chenut cita per esempio casi di individui che pur avendo un tale rapporto molto elevato, sopportarono atti operativi anche gravi e con la massima indifferenza.

La prova della aminoaciduria spontanea e provocata non è prova sicura. Del resto scarsa è la sua importanza se riesce a valutare una sola attitudine funzionale del fegato, quella delle scomposizioni degli aminoacidi.

Altre prove hanno lo scopo di valutare il tenore sanguigno in fibrinogeno, si basano cioè sulla ipotesi che nel fegato ammalato la funzione eliminatrice del fibrinogeno sia rallentata. Però non è questa funzione esclusiva del fegato, ma anche il midollo delle ossa vi partecipa.

Widal ha lanciato la sua prova della *crisi emoclasica* che però sembra dia spesso risposte contraddittorie. Del resto si discute ancora sulla sua interpretazione.

La glicosuria, levulosuria, galattosuria sono prove molto semplici e però molto conosciute. Ma quando pensiamo che la glicosuria è positiva nel 10 % degli individui normali e che viceversa è di poco più frequente nelle colelitiasi, nell'ittero emolitico e in altre gravi malattie del fegato dobbiamo pur pensare che la sua utilità reale sia molto limitata.

E se la iperglicemia alimentare ci sta a dimostrare la diminuita facoltà del fegato a formare e a trattenere glicogene, chi ci può negare che altri fattori extraepatici, come il maggiore o minore assorbimento di zucchero da parte dei tessuti, non possano influire sulla esattezza dei risultati?

La così detta sinforeazione del Sivori (che ricerca nel sangue degli epatopazienti l'aumento dei fermenti specifici che normalmente od in condizioni patologiche presiedono al catabolismo degli elementi cellulari) richiede di essere ancora provata.

La ricerca e dosaggio dell'ac. glicuronico nelle orine, che starebbe a dimostrare un maggiore o minor potere svelenatore del fegato, non regge alle molteplici critiche mossele. Del resto essa ci dà l'idea di una sola delle svariate funzioni epatiche.

Accenniamo appena alla reazione di Fluiski, che ha provocato l'aumento della urobilina nelle urine con la somministrazione di glucosio, e alla diminuita tollerabilità per lo zucchero dopo ingestione di alcool (Albertoni).

Da questa breve esposizione si deduce quello che ormai da tutti è ammesso e cioè che non esiste una prova sicura ed unica della funzionalità epatica. Le prove sono parecchie e ognuna di esse ci valuta, più o meno fedelmente, la deficienza di una delle molteplici funzioni del fegato. Ma, tra queste molteplici funzioni epatiche non esiste correlazione per cui mentre una di esse è deficente le altre possono essere normali.

D'altra parte i rapporti che esistono tra fegato ed altri organi (intestino, pancreas) potrebbero influire in modo da far sembrare lesione epatica quella che è lesione di altro organo.

Noi abbiamo sottoposto gli operati prima e dopo l'atto operatorio alla prova della levulosuria alimentare.

Bisogna rilevare subito un grande inconveniente; e cioè che non tutti gli operati ingeriscono con indifferenza il levulosio somministrato e non pochi erano quelli che, ingoiatolo, lo rimettevano o si rifiutavano di terminare l'ingestione. Per questo abbiamo a poco a poco abbandonata la prova.

Nel 10 % dei casi la levulosuria divenne positiva dopo l'atto operatorio. Nel 5 % dei casi da positiva prima, divenne negativa dopo l'operazione.

Nell'esame sistematico delle urine abbiamo visto come nel 20 % dei casi apparissero dopo l'atto operativo scarsi pigmenti biliari.

Nel 7 % dei casi abbiamo trovato dopo l'operazione presenza non provocata di glucosio delle urine.

In complesso possiamo dire che dalla prova delle levulosurie alimentari e dall'esame delle urine ci sembra di poter dedurre che il trauma operatorio non determina alterazioni epatiche rilevanti e che queste furono sempre transitorie.

ESAME DELLE ALTERAZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO.

Il sistema circolatorio, cuore, vasi e sangue, subisce pur esso, per effetto del trauma operatorio, alterazioni che possono talvolta essere da sole responsabili di un insuccesso operativo. È ormai da molti ammesso e provato che durante un'operazione la pressione arteriosa, indice della funzionalità cardiaca e della tonicità delle pareti vasali, subisce a seconda dei casi, maggiori o minori oscillazioni.

Il controllo di tali oscillazioni può assumere talvolta grande importanza e può essere, come afferma Lehruber, il controllo della vita stessa dell'ammalato.

Questo Autore ha trovato che il comportamento della pressione arteriosa dopo entrato lo stato di tolleranza rispetto al narcotico, non è costante in tutti gli operati, ma mostra notevoli differenze da caso a caso in rapporto queste con la natura dell'atto operativo e con la resistenza del paziente. Egli ha enunciate tre leggi e cioè:

1) legge di aumento di pressione da stimoli periferici;

2) legge di abbassamento (dopo iniziale aumento) da stimoli troppo forti e prolungati;

3) legge di discesa primaria da collasso e da shock.

Secondo questo Autore quindi si avrebbe normalmente un innalzamento di pressione da stimoli periferici a cui può seguire un abbassamento se tali stimoli si prolungano o sono troppo intensi. Un abbassamento fin dall'inizio dell'operazione sarebbe indice di collasso. Nelle ore successive all'atto operativo si nota normalmente un progressivo innalzamento della pressione arteriosa mentre è di prognosi cattiva un progressivo abbassamento.

Nei primi giorni dopo l'operazione un aumento esagerato potrebbe essere indice di lesioni renali, un persistente abbassamento potrebbe orientarci verso l'emorragia o la lesione miocardica.

Non tutti ritengono le oscillazioni della pressione arteriosa effetto dell'intervento operatorio in sè, ma altri le ritengono dipendenti da svariate cause.

Il König, per esempio, dà molta importanza oltre che alla narcosi, ad influssi psichici preoperatori. E così mentre nella narcosi generale ha notato abbassamento di pressione, nell'anestesia locale si aveva innalzamento della pressione stessa, dovuto probabilmente alla non completamente soppressa sensibilità e alla persistente coscienza.

Gli abbassamenti di pressione sono variamente interpretati. Alcuni gli attribuiscono alla eviscerazione e allo stiramento peritoneale, mentre la narcosi avrebbe l'effetto di diminuire tali abbassamenti (Simon e Fontaine).

Goodal spiega l'abbassamento di pressione come l'effetto, sia di indebolimento del miocardio, sia di inibizione del vago (che si produrrebbe per stimolazione riflessa con l'intermediario dei nervi afferenti).

Quello che è certo è che il sistema circolatorio risente alquanto, sia pure transitoriamente, del trauma operatorio.

Noi abbiamo misurato nei nostri operati la pressione arteriosa, massima e minima, prima, durante e dopo l'atto operativo.

La misurazione venne fatta secondo il metodo Korotkow usando lo sfigmomanometro Riva-Rocci. Trovammo il metodo pratico ed esatto abbastanza, come potemmo rilevare controllando le nostre misurazioni con quelle fatte mediante l'oscillometro di Pachon (tenendo naturalmente conto delle differenze di risultati che si hanno con i due metodi).

Le misurazioni vennero fatte su pazienti messi possibilmente sempre nelle stesse condizioni perchè sappiamo che esistono variazioni di pressione a seconda delle ore in cui si pratica la misurazione e a seconda che questa viene fatta al braccio o all'avambraccio (Luisada). La pressione venne presa più volte successive e si tenne conto soltanto delle cifre più basse. Infatti è noto che le prime cifre sono sempre più alte di quelle prese subito dopo.

Durante l'atto operativo la misurazione venne fatta ogni cinque minuti circa.

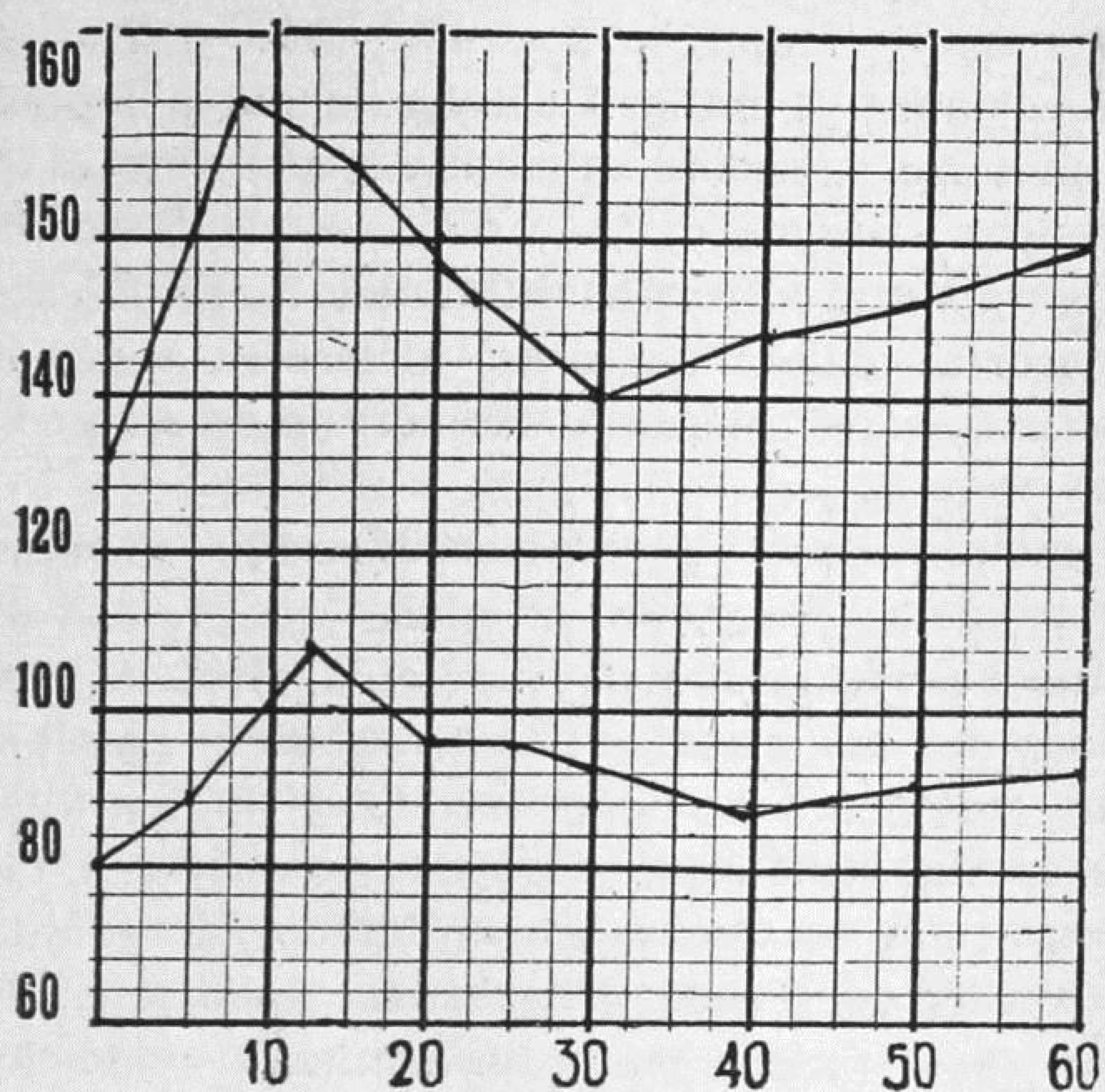


Fig 1.

sione massima. In seguito questa rimaneva elevata oppure lentamente si abbassava per poi lentamente di nuovo innalzarsi. (vedi fig. 1). In alcuni casi all'inniziale innalzamento seguiva un notevole ma sempre transitorio abbassamento.

Con l'anestesia generale spesso si notò un piuttosto rapido abbassamento della pressione massima cui seguiva lento innalzamento (vedi fig. 2). Nei casi più gravi l'abbassamento fu continuo e progressivo, salvo qualche piccolo e transitorio innalzamento dovuto probabilmente alle sostanze eccitanti iniettate durante l'operazione (vedi fig 3). In alcuni casi la pressione salvo insignificanti innalzamenti o abbassamenti, si mantenne sempre alla stessa altezza.

La pressione minima seguì parallelamente la pressione massima. Soltanto notammo spesso un certo ritardo nell'apparire delle oscillazioni.

Durante l'atto operativo tutti i segni clinici di collasso anche incipiente erano preceduti da un abbassamento della pressione.

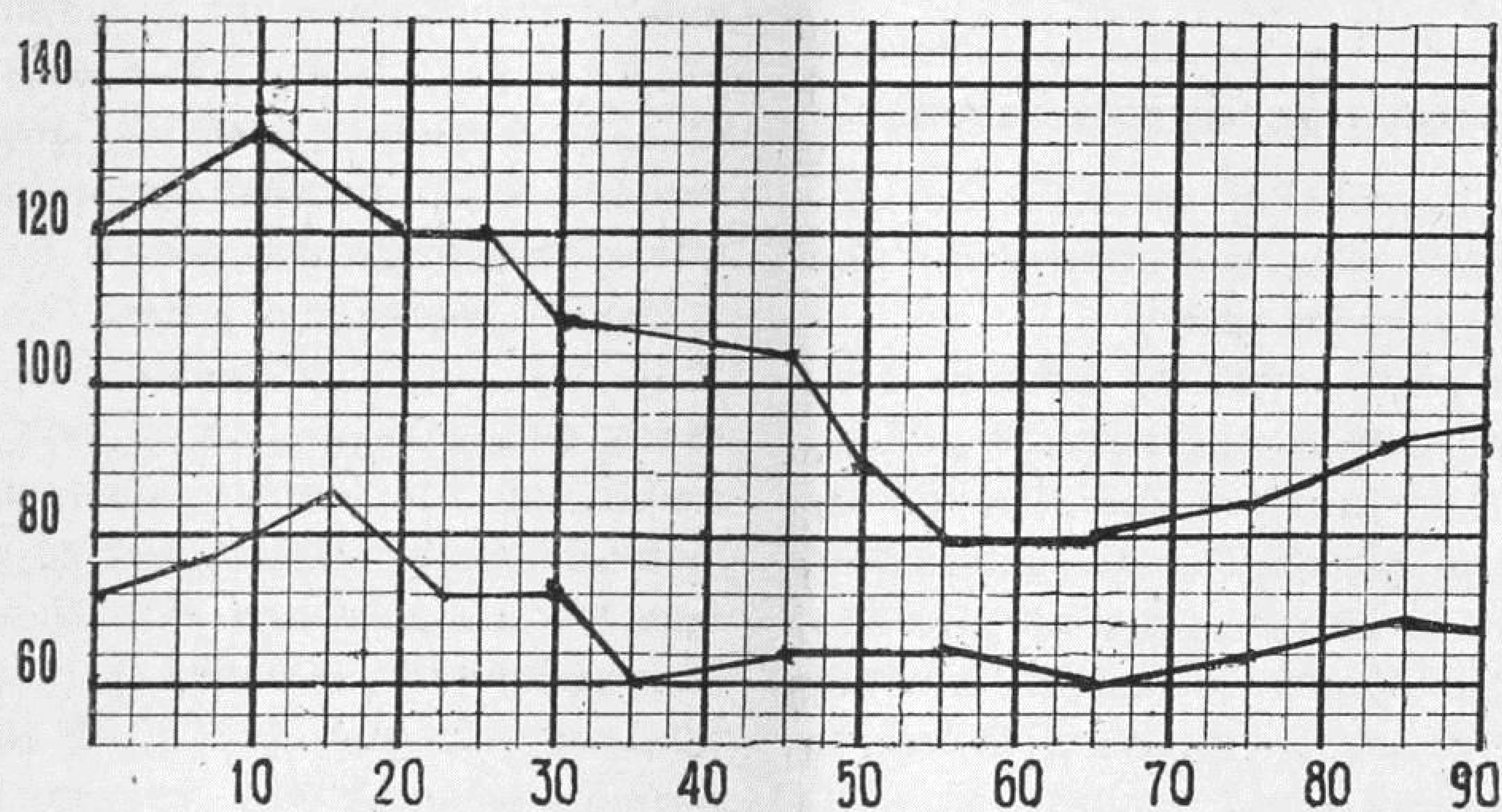


Fig. 2.

Per quanto riguarda le oscillazioni di pressione pre e postoperatorie noi *abbiamo trovato nei giorni successivi all'operazione innalzamento di pressione massima rispetto a quella dei giorni antecedenti nel 20 % dei casi e abbassamento nel dieci per cento.*

Queste oscillazioni furono indipendenti dalla complessità dell'operazione e del genere di anestesia usato.

Le oscillazioni della pressione minima furono parallele a quelle della pressione massima.

Ma ciò che ha più importanza è la misurazione delle pressioni durante l'atto operativo.

Durante l'operazione notammo innalzamento o abbassamento di pressione massima e minima in rapporto, più che con il genere e la complessità dell'intervento col genere di anestesia usata.

Con l'anestesia locale notammo quasi costantemente un innalzamento immediato della pres-

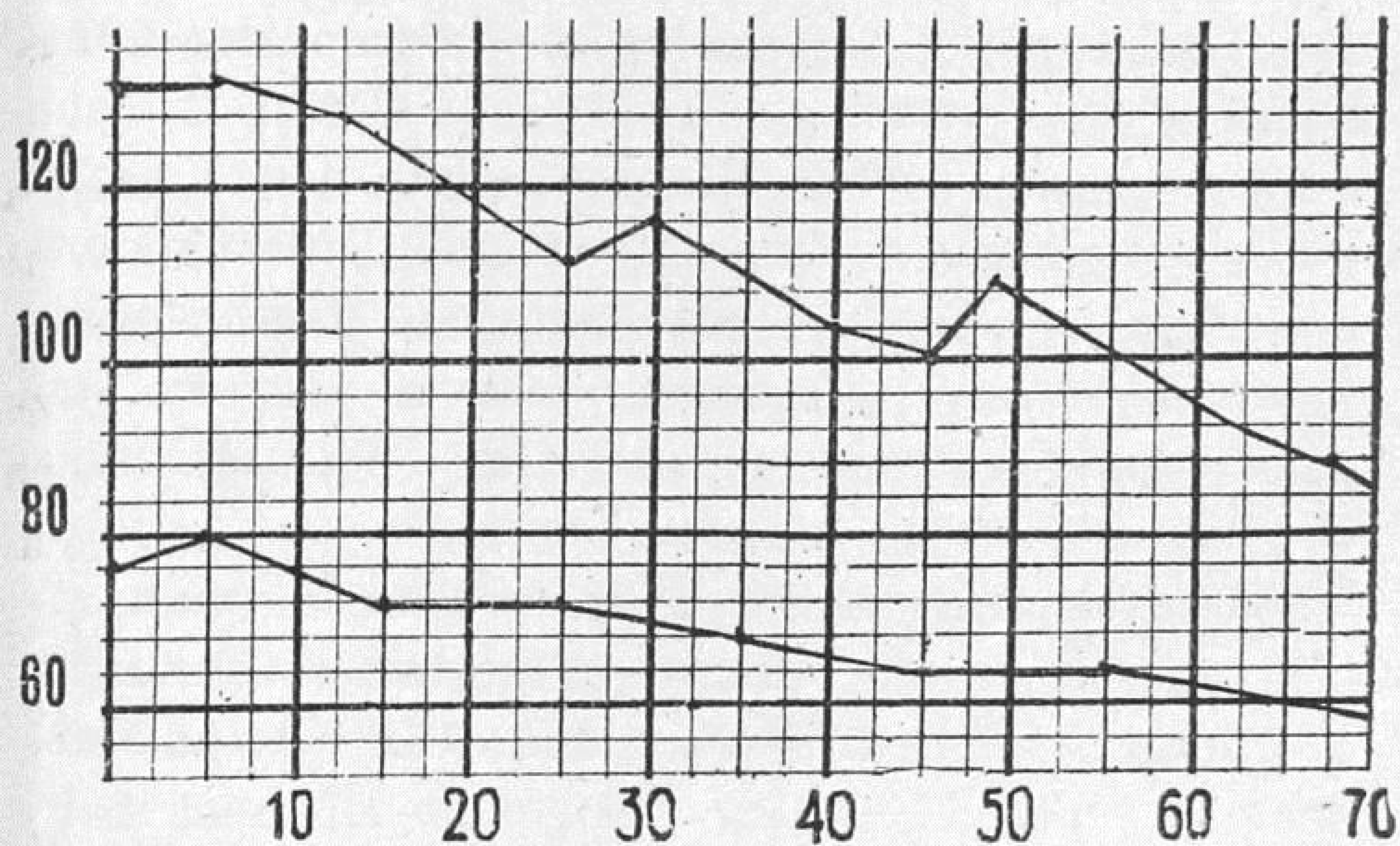


Fig. 3.

Gli stimoli dolorosi nelle operazioni praticate con l'anestesia locale (stiramento del peritoneo parietale o di tessuti infiammati) determinavano una elevazione di pressione notevole.

La sera dell'operazione si notò nel maggior numero dei casi un abbassamento della pressione sia rispetto quella della sera precedente sia rispetto quella del mattino dell'operazione.

Da quanto è stato esposto si può dedurre *che il trauma operatorio apporta innalzamenti o abbassamenti di pressione legati sopratutto al genere di anestesia adoperato.*

Negli interventi con anestesia locale gli abbassamenti sono rarissimi e più frequenti sono invece gli innalzamenti della pressione.

Si ritiene che questi sieno dovuti sopratutto al persistere di qualche sensazione dolorosa, alla preoccupazione e all'azione dell'adrenalina da noi usata insieme alla novocaina.

Con l'anestesia generale invece l'abbassamento della pressione è di regola. Ad esso segue generalmente un innalzamento salvo i casi gravi in cui l'abbassamento è fatalmente progressivo.

L'esame della pressione arteriosa si dimostrò sia prima, sia durante, sia dopo l'atto operativo, ottimo indice delle condizioni generali dei pazienti.

ESAME DELLE ALTERAZIONI DEL SISTEMA NERVOSO.

Già si disse che la paralisi cardiaca durante l'atto operativo possa essere l'effetto di una azione sul centro del decimo paio.

Del resto la funzionalità epatica, cardiaca ecc., sono sotto il dominio del sistema nervoso per cui le alterazioni di queste funzioni che sono effetto del trauma operatorio possono essere alterazioni del sistema nervoso che ad esse funzioni presiede.

Da ciò si deduce che anche il sistema nervoso può risentire del trauma operativo. I sistemi a questo scopo esplorabili sono il simpatico e il vago.

È noto che l'esplorazione dei due sistemi antagonisti si fà anzitutto con l'esatta anamnesi fisiologica e poi con indagini funzionali dei sistemi nervosi stessi.

Un soggetto con facili tachicardie senza segni di insufficienza cardiaca, con facili ipertensioni arteriose, spasmi dei capillari, con facile inibizione secretoria e motoria dello stomaco e del colon, con midriasi ed esoftalmo abituali, sarà indubbiamente un simpaticotonico.

Viceversa una facile bradicardia, le tendenze alla ipersecrezione salivare, lacrimale, gastrica, all'iperperistalsi, all'ipotensione, alla costipazione spastica ecc., ci indica l'esistenza di uno stato di parasimpaticotonia.

L'indagine anamnestico-funzionale se completata dallo studio del modi di reagire del soggetto di fronte ad alcuni farmaci (adrenalina, cloridrato di pilocarpina, solfato neutro di atropina, bromidrato di eserina, ecc.) ci darà un'idea abbastanza esatta dello stato e delle alterazioni dei due sistemi nervoso-vegetativi.

Per esempio l'adrenalina eccita il simpatico e nei simpaticotonici si determina per effetto di tale sostanza (1 millgr.) acceleramento del polso di un terzo superiore all'abituale, aumento della pressione sistolica di 30-40 mm., raddoppiamento della quantità di urina eliminata nelle 24 ore, glicosuria, pallore del volto, malessere, senso di costrizione retrosternale, tremori muscolari intensi.

Sintomi opposti come bradicardia, abbassamento della pressione arteriosa ecc., ci sveleranno l'esistenza di una vagotonia. Bisogna però notare che gli organi e tessuti sui quali agiscono dette sostanze possono essere dotati di reattività aumentata, diminuita e anche pervertita il che spiega come in uno stesso individuo l'adrenalina a seconda dello stato di reattività della muscolatura vasale liscia possa determinare tanto aumento come diminuzione di pressione.

Inoltre tali sostanze non ci danno l'idea del tono dei centri nervosi ma delle loro terminazioni. Ed è per questo che è stato consigliato l'uso di altre sostanze, come l'istamina quale paralizzante i centri nervosi simpatici e la picrotissina quale stimolante dei centri del parasimpatico.

Anche l'esame dei riflessi nervosi può fornirci utili dati. Così lo esame del riflesso oculo-cardiaco che, si sà, consiste nel provocare un rallentamento dei battiti cardiaci con la compressione dei bulbi occulari per 30 secondi, può orientarci verso l'esistenza di una vagotonia o di una simpaticotonia. Si avrà la prima se il rallentamento provocato è di più di 12 pulsazioni al minuto, si sospetterà la seconda se si avrà provocato un acceleramento anzichè un rallentamento.

Molti autori riconoscono l'importanza di tale riflesso, ma altri (Barre, Grusem) negano qualsiasi rapporto fra riflesso oculo-cardiaco e tipo vagotonico del soggetto.

È pure indice di simpaticotonia la positività del riflesso piloro-motore che consiste nel provocare la pelle d'oca, con lo strisciamento sulla cute; come è indice di vagotonia la positività del riflesso di Erben, che consiste nel provocare un rallentamento del polso flettendo in avanti il capo ed il tronco.

Il Lunedei ed altri fanno osservare però che bisogna distinguere quello che è tonicità da quello che è eccitabilità di un dato sistema nervoso. Tonicità ed eccitabilità non sono fra loro legate da alcun rapporto. Sarà ipervagotonico un soggetto con uno stato permanente di miosi, salivazione, iperidrosi, iperacidità gastrica, stipsi, ecc., mentre sarà ipervagoeccitabile l'indi-

viduo che presenta una intensa miosi allo stimolo luminoso (pur avendo una pupilla di ampiezza normale, abbondante salivazione all'odore dei cibi, bradicardia alla pressione dei globi oculari ecc.

Lo stesso dicasi per quanto riguarda il sistema simpatico.

Il tono si deduce dallo stato funzionale in vari momenti della giornata durante i quali l'individuo non sia sotto l'influsso di alcuna eccitazione momentanea (stato della pupilla, pressione arteriosa, numero delle pulsazioni cardiache, ecc.), mentre l'eccitabilità si esamina sottoponendo l'individuo a varie stimolazioni e controllando le modificazioni funzionali a cui va incontro in seguito a queste stimolazioni.

Noi abbiamo sottoposto i nostri pazienti alla prova dell'adrenalina ed all'esame del riflesso oculo-cardiaco il giorno prima e il giorno seguente l'operazione allo scopo di rilevare se il trauma operatorio avesse in questi soggetti potuto determinare alterazioni nei sistemi nervosi della vita vegetativa, tali da rendersi palesi con queste prove.

L'adrenalina veniva iniettata in dose di un milligrammo, osservando per un'ora ogni 5 o 10 minuti le variazioni della frequenza del polso, della pressione arteriosa massima e minima, le sensazioni soggettive e i segni obbiettivi dei pazienti.

Abbiamo notato *che mentre in alcuni casi l'adrenalina determinava l'insorgere di fenomeni obbiettivi e subbiettivi intensi* (pallore, malessere, senso di costrizione retrosternale, tremori muscolari ecc.) *e non si osservava un proporzionato aumento nella frequenza del polso e della pressione arteriosa, in altri individui invece l'acceleramento del polso e l'innalzamento della pressione non erano accompagnati da alcun fatto obbiettivo e soggettivo.*

L'innalzamento di pressione e gli acceleramenti del polso (tranne un iniziale e transitorio innalzamento dovuto probabilmente al dolore della puntura) si presentavano nel maggior numero dei casi alquanto tardivamente e talvolta dopo i primi trenta minuti.

La prova eseguita sistematicamente in molti operati, *negativa prima dell'intervento diventò positiva dopo di questo nel 20 % dei casi.*

Nei rimanenti la prova non presentò variazioni degne di nota, rimase cioè tanto positiva che negativa prima e dopo l'atto operativo.

In un caso di gozzo esoftalmico la prova che prima dell'operazione era evidentemente positiva, divenne negativa dopo l'operazione stessa.

L'esame sistematico pre- e postoperatorio del riflesso oculo cardiaco non ci ha forniti dati di rilievo. Del resto anche il Chenut che lo ha sistematicamente ricercato negli operati è venuto alle stesse conclusioni. In qualche caso un riflesso positivo prima dell'operazione scomparve dopo la stessa. Nel caso di gozzo esoftalmico sopracitato il riflesso oculo-c. negativo prima dell'atto operatorio divenne positivo dopo.

Da tutto ciò si deduce che *il trauma operatorio non ha dimostrato di agire sensibilmente sul sistema nervoso tanto che l'intervento fosse complesso e grave o leggero, tanto che fosse praticato con anestesia generale che con anestesia locale.*

Rapporto fra le alterazioni funzionali e il decorso postoperatorio.

Se ora vogliamo osservare il rapporto esistente fra l'esito complessivo di tali prove funzionali e il decorso postoperativo si deve dire *che nel 40 % dei casi circa le prove non corrisposero al decorso.*

Più frequenti furono i casi in cui a prove che facevano presumere un andamento mediocre o cattivo, corrispondeva un decorso postoperatorio buono e talvolta ottimo.

Dobbiamo però riconoscere che in molti casi almeno una delle prove, contrastando con le altre, corrispondeva al vero decorso. E così se abbiamo visto operati di colecistectomia, di gastrodigiunostomia, di prostatectomia guarire in breve tempo senza alcun incidente o segno di uremia e con costanti di Ambard postoperatorie di 0,180 0,200 e anche 0,210 abbiamo pure riscontrato in questi individui eliminazioni di fenolsulfonftaleina normali o quasi oppure in altri non abbiamo notato l'infausto decrescere della pressione arteriosa che, come sopra abbiamo detto, era segno quasi infallibile di esito letale.

Del resto molti autori hanno registrato decorsi postoperatori buoni con eliminazioni renali difettose. Il Chenut per esempio, così conclude: « Nous nous croyons donc autorisés à conclure que les malades tout au moins non albuminuriques, presentant des troubles marqués de la sécrétion rénale et dont la constante ureo-sécrétoire peut monter jusqu'à 0,180, ne subissent du fait de leur intervention, de leur anésthésie cloroformique (50 minutes) aucune modification de leur fonctions urinaires se traduisent par un signe clinique ».

Dati sicuri e pronti dell'insorgenza di un pericolo postoperatorio (shock) ci vennero forniti dall'esame della pressione arteriosa. Un abbassamento rapido di questa venne seguito spesso da pallore della faccia, da acceleramento del polso che divenne piccolo, da un anormale com

portarsi della respirazione che divenne superficiale, da un senso di mancamento ecc.

Dopo quanto si è detto, dobbiamo concludere che *in una buona parte dei casi le prove funzionali più comuni e più attendibili (se si vuol escludere l'esame della pressione arteriosa) poco ci dissero sul decorso postoperatorio e che il pronostico fu dedotto, con maggior precisione, dall'esame clinico meticoloso e frequente degli operati.*

CONCLUSIONE.

1) Nel rene il trauma operatorio raramente determina alterazioni notevoli, almeno da quanto si può sapere dalla prova della eliminazione della fenolsulfonftaleina, dalla ricerca della costante di Ambard e dall'esame sistematico delle urine emesse subito dopo l'intervento operativo. Le alterazioni renali sono spesso mediocri e transitorie e non sono in rapporto con la complessità e durata della operazione. Sembra che sieno più rilevanti dopo interventi praticati sotto anestesia locale che dopo quelli con anestesia generale. Le prove sopracitate ci sembrarono non sempre attendibili. I risultati delle due prove non furono esattamente coincidenti.

2) La fuzione del fegato viene raramente turbata dal trauma operatorio; tuttavia le prove per l'esame di detta funzione non sono sufficienti.

3) Il sistema circolatorio risente più degli altri l'effetto del trauma operatorio specie se si usa l'anestesia generale. In questi casi si nota molto spesso, appena iniziata l'operazione un più o meno rapido e progressivo abbassamento della pressione arteriosa che in alcuni, benchè rari casi, non si rialza più ed è di cattivo pronostico Nelle operazioni praticate sotto anestesia locale, invece, tale abbassamento manca ma si determina al contrario un innalzamento, sia pur transitorio, della pressione massima e minima. Le oscillazioni della pressione sono scarsamente in rapporto con la durata e complessità dell'operazione.

4) Il sistema nervoso risente raramente ed in minima misura l'effetto del trauma operatorio, almeno per quanto si può dedurre dalle prove farmacologiche e dall'esame dei riflessi. Le alterazioni di tale sistema sono indipendenti dalla complessità dell'atto operativo e dal genere di anestesia usato.

5) In gran numero di casi il risultato delle prove della funzionalità dei vari sistemi ed organi, non corrisponde al decorso postoperatorio presentato dagli operati per modo che spesso ad una prognosi cattiva corrisponde un decorso buono e viceversa. Sovrano rimane ancora per giudicare dell'andamento di una operazione l'esame clinico sistematico ed esatto dell'ammalato. Non si deve perciò dare molta importanza ai risultati delle prove funzionali anche per eventuali indicazioni operatorie.

6) Poichè il sistema che, secondo le nostre osservazioni mostra di risentirsi maggiormente del trauma operatorio è il sistema circolatorio, ad esso deve essere rivolta con massima cura l'attenzione del chirurgo, prima, durante e dopo l'atto operatorio, perchè il suo modo di comportarsi è l'indice, fino ad oggi, più sicuro delle conseguenze di un trauma operatorio non potendosi con le altre prove di cui disponiamo dedurre sicure previsioni.

BIBLIOGRAFIA.

ABADIE-BALDUS. Presse Méd., 1926, n. 25.
ALBERTONI. Policl., Sez. med., 1926, n. 5.
ALESSIO. Gazz. degli Osp , 1925.
ARNAUD. Lyon Chir., 1926.
BAZ. Journ. d'Urologie, 1923, n. 16.
BONADIES. Policl., Sez. chir., 1926, n. 7.
BONETTI. Policl., Sez. chir., 1924.
BONNET. Presse Méd., 1926.
BRUGI. Policl., Sez. med., 1924; Riforma Med., 1926.
CASSUTO. Policl., Sez. chir., 1926, n. 4.
CHENUT. Revue de Chir., 1922, n. 5.
CHEVASSU. Journ. d'Urologie, 1920, n. 10.
CONDORELLI. Policl., Sez. med., 1926, n. 5.
DIANA. Policl., Sez. med., anno XXX.
DE GIRONCOLI. Riforma Med., 1924.
DRESEL. Deutsc. Med. Woch., 1919.
DUBUS. Journ. de Phys. Path., 1924.
ERNE. Münch. Med. Woch., 1913.
ESMEIN. Gazz. des Hôp., 1914.
FIESSINGER. Presse Méd., 1926.
FLUISKI. Presse Méd., 1923.
GAUTIER. Cit. da Riforma Med., 1917.
GOODAL et REID. Cit. da Presse Méd., 1910.
GOTTALORDA. Presse Méd., 1926, n. 10.
HOLOUIN. Presse Méd., 1926, n. 48.
KUNTSCER. Deutsc. Med. Woch., 1926.
LEHRUBER. Bruns Beitrage Zur Klin. Chir., 1922.
LUISADA. Riforma Med., agosto 1925.
LUNEDEI. Rivista di Clin. Med., 1925, n. 14.
MANFREDI. Rinnovamento Med., agosto 1925.
MARAGLIANO. Riforma Med., 1920, n. 29.
MARION. Journ. d'Urol., 1922, n. 17.
MELANOTTE. Archivio Italiano di Chir., aprile 1922.
NECHKOVIC. Revue de Med., 1920, n. 29.
NICOLCH. Riforma Med., 1920, n. 48.
PAPIN. Journ. d'Urol., 1922, n. 17.
PAWLOWSCKI. Presse Méd., 1926.
PERITI. Riv. di Clin. Med., 1923, n. 21.
QUARELLA. Clin. Chir., 1926, n. 5.
RAIMOLDI. Riv. Osped., 1913, n. 24.
RUILLARD. Presse Méd., 1926, n. 32.
SECCO. Riv. delle Tre Venezie, 1924.
SICILIANO. Riv. di Clin. Med., 1926.
SUPPONZIG. Pensiero Med., 1926, n. 8.
TARDO R. Relazione IV Congresso d'urol.
THOMAS. Journ. d'Urol., 1923, n. 11.
WICMANN. Deutsc. Zeit. für Chir., 1923.
WIDAL-AJUAD. Lyon Chir., 1926.

SUNTI E RASSEGNE.

APPARATO RESPIRATORIO.

Storia dell'adenopatia tracheo-bronchiale tubercolare.

(PIÉRY. *Arch. Méd.-Chir. de l'App. Resp.*, n. 6, 1926, p. 524).

L'A. fa una interessante rivista storica dell'argomento, le cui linee fondamentali sono le seguenti:

1) *Tubercolosi tracheo-bronchiale prima del XIX secolo.* — Portal nel 1792 non ha ancora per nulla individualizzato la forma in parola, ma descrive una tisi scrofolosa, con prevalente lesione dei gangli superficiali e partecipazione anche dei gangli profondi mesenterici ed iliaci e in qualche caso dice di avere trovato anche ingorgati dei gangli posti al disotto della trachea e nelle parti vicine del petto. Qualche anno più tardi Bonafox-Demalet parla di una tisi rachitica e scrofolosa con osservazioni simili a quelle citate di Portal.

Nel principio quindi del XIX secolo siamo in piena scrofola e il quadro di questa è più largo e più vago di quello della stessa tisi.

2) *Isolamento ed identificazione dell'adenopatia.* — Nel 1780 Lalouette nel suo Trattato delle scrofole attribuisce nettamente all'ingorgo delle glandole peritracheo-bronchiali certi sintomi, come l'afonia, la tosse pertussoide, l'oppressione abituale, ecc., ma però lega l'adenopatia alla scrofolosi e non alla tbc. Cayol nel 1810 descrive tre casi di ulcerazioni tracheo-comunicanti con gangli tubercolosi, Laennec nel 1819 descrive per primo queste adenopatie come tubercolosi. Nel 1824 Leblond pubblica un trattato « Su una specie di tisi particolare ai fanciulli » e oppone la tisi bronchiale alla polmonare.

Nel 1826 Berger pubblica una monografia sulle alterazioni dei gangli bronchiali con una classificazione completa. Ley nel 1834 mette in rapporto l'inspirazione rauca dei bimbi con l'adenopatia bronchiale.

J. Clark nel 1835 descrive la tisi dell'infanzia o tisi bronchiale caratterizzandola sopratutto per la sede nei gangli peribronchiali. Con Guéneau de Mussy (1868-1885) il quadro di questa adenopatia si allarga per comprendere le alterazioni tubercolari, cancerose, flogistiche, ecc., finchè si giunge al classico lavoro del suo allievo Barety nel 1874.

3) *Le acquisizioni contemporanee.* — Molti lavori, troppo numerosi per essere seguìti tutti, mettono in evidenza quattro punti fondamentali: *a*) la frequenza dell'adenopatia tracheo-bronchiale nel bimbo; *b*) la sua importanza nella tubercolosi infantile latente; *c*) i suoi aspetti varii nella tubercolosi dell'adulto, l'importanza della forma ganglio-polmonare acuta nelle razze vergini; *d*) il suo ufficio nella patogenesi della infezione tubercolare. Vediamo brevemente questi quattro punti:

A) Comby nel 1898 dimostra che nei bimbi morti di tbc. polmonare il focolaio iniziale si trova sempre nei gangli peritracheo-bronchiali. Altri AA. mostrano che ciò si verifica anche nelle meningiti tubercolari e nella tbc. chirurgica. La tbc. primitiva e latente dei gangli nei bimbi appare con una frequenza inusitata. Su 1346 autopsie infantili Biedert trova il 78 % di lesioni tbc. dei gangli bronchiali. Sorse poi tutto un periodo di acquisizioni semeiologiche. Heubner segnalò il soffio espiratorio percepito sulle prime quattro o cinque vertebre dorsali. D'Espine nel 1907 descrisse l'estendersi della broncofonia e della pettoriloquia afona al disotto della settima cervicale fino alla quarta o quinta dorsale.

Dufour nel 1919 segnalò dei focolai di pleurite sottomammaria e congestione polmonare come segni a distanza. Gueneau de Mussy studiò la tosse pertussoide e la così detta asma ganglionare. Gli studi radiologici fecero anche notevolissimi progressi.

B) Nel 1907 la cutireazione di von Pirquet diveniva un elemento essenziale nella diagnosi della adenopatia tubercolare, e chiariva grandemente i nostri concetti sulla tubercolosi infantile in genere.

Houtinel (1911), Comby (1914), Mantoux, Marfan (1923) dimostrano che molti bimbi che non presentano altro che pallore, anemia, dimagrimento, astenia, anoressia, poussées febbrili intermittenti, sono affetti da tbc. dei gangli bronchiali.

C) Molti lavori di Decloux, Ribadeau Dumas, ecc., rivelano il contrasto esistente nel fatto che l'adenopatia tracheo-bronchiale frequente nel bimbo è assai rara nell'adulto. Piery e Jacques nel 1905 distinsero nettamente le adenopatie polmonari (gangli dell'ilo e intrapolmonari) satelliti del polmone veri specchi dello stato tubercolotico di questo, dai gangli mediastinici o tracheali tanto colpiti nei bimbi.

La guerra doveva infine farci conoscere una forma speciale di adenopatia nè ilare nè polmonare ma nettamente mediastinica come nei bimbi. Essa ha decorso acutissimo e si svolge come primo stadio clinico della infezione tubercolare nelle razze vergini della tubercolosi; cioè, nei soldati senegalesi, annamiti, ecc. (Roubier, Dumas, Borrel, Boinet, Broquet e Morenas, 1918-20). Ciò dimostra che l'infezione tubercolare assume

l'entità clinica di adenopatia ogni volta che si svolge in un terreno vergine sia esso l'infanzia, od una razza nera.

b) Già nel 1898 le ricerche di Kuss stabilirono che la tubercolosi è una malattia essenzialmente infantile.

Quale è allora l'ufficio dei gangli tracheo-bronchiali nella propagazione dell'infezione tubercolare dopo la sua inoculazione nell'organismo?

La legge delle adenopatie similari (Parrot 1876): tutte le volte che un ganglio bronchiale è sede di una lesione tbc. vi è una lesione tbc. del polmone, dominò per lungo tempo. Le recenti ricerche (Kuss, Hutinel, Ribadeau-Dumas, Calmette) dimostrando la frequenza del tubercolo iniziale d'inoculazione in pieno parenchima polmonare basale scossero alquanto questa legge. Ma poi fu dimostrato che l'inoculazione primitiva può accadere su punti assai diversi: intestino (Behring, Calmette), faringe, occhio, pelle. Ma la sua prima tappa obbligata è data dai gangli tracheo-bronchiali.

Léroux (1908) distingue tre tappe: esiste una prima *fase di inoculazione* su uno dei punti predetti, a cui segue una *fase di adenopatia tracheo-bronchiale*: che può decorrere latente, o subcronica in settimane o anni, oppure fulminea se si svolge su terreno vergine. Segue poi la terza *fase di invasione polmonare*. Questa invasione secondaria del polmone accadrebbe (Loomis) non per contiguità (osservazioni anatomiche contrarie), non per via linfatica retrograda (fisiologicamente non possibile) ma per via sanguigna. Le vene dei gangli mediastinici verserebbero i bacilli tbc. nell'orecchietta e di qui il polmone si infetterebbe per l'arteria polmonare. I lavori di R. Tripier dimostrando anatomo-patologicamente l'origine arteriosa delle lesioni polmonari, confermerebbero queste recenti vedute.

L. TONELLI.

Broncopolmonite calcica a focolai.

(A. FABRIS. *Archivio p. le Scienze Med.*, vol. XLIX, n. 13).

Virchow nel 1855 descrisse per la prima volta un caso classico di infiltrazione calcarea del polmone col nome di *metastasi calcarea*. L'A. cerca di indagare nuovamente la patogenesi ed altre questioni connesse a questa interessante e rara forma morbosa, basandosi su un caso personale.

Caso. — Donna, 67 a., morta con diagnosi di: broncopolmonite bilaterale, cancro della mammella. All'autopsia si notava tra l'altro, nei polmoni, una superficie assai irregolare per la sporgenza di aree poligonali, pianeggianti, dure e grigiastre, comprendenti da uno a parecchi lobuli che nettamente si staccavano dal restante parenchima floscio e avvallato. Sul taglio i focolai erano rigidi asciutti, grigi e porosi come pomice, scabri e a spicule come legno segato. Alla spremitura resistevano come gomma dura: al coltello raschiandoli, cedevano una poltiglia sabbiosa, ma restavano irti di nuove minute scheggie. All'esame microscopico la pasta che si raschiava dalla superficie del taglio risultava costituita di minute scheggie o spicule rifrangenti, che reagivano a tutte le prove in modo tale da doversi ritenere di natura calcarea.

Il femore sinistro della P. era fratturato, i monconi erano erosi ed emorragici e circondati da un manicotto di tessuto lardaceo fibroso che invadeva anche il midollo pallido e grigio.

Discussione. — Nella letteratura esistono circa 12 casi simili: in tutti il processo sembra prevalere nelle donne giovani (contrasto col caso presente); in tutti i casi tipici, il reperto polmonare è quale sopra è stato descritto. In tutti i casi appare uno stretto legame (due sole eccezioni) tra la calcificazione, specialmente polmonare, e lesioni schelettriche implicanti riassorbimento di sali di calcio. Infatti nel caso di Virchow eranvi metastasi ossee multiple; onde il grande maestro vide subito la relazione tra calcificazione e processi osteolitici. Davidson cita due casi in soggetti con tumori osteoclasici. Cistovic notò metastasi calcaree in una giovine affetta da mielosi. Il Pari idem, in una donna con molte metastasi ossee per tumore uterino, ecc.

Patogenesi. — Le opinioni emesse furono assai disparate, ma tutti si trovarono d'accordo nell'ammettere che la causa prima debba consistere in un aumento patologico del calcio negli umori e tessuti dell'organismo. Virchow dette importanza allo stato del rene che non sarebbe più stato capace di eliminare l'eccesso di calcio circolante. Ma oggi le ricerche hanno accresciuta la serie degli organi ai quali si attribuisce la facoltà calcio-eliminatrice (Tanaka e Katase). Rimane poi da sondare il problema se eventualmente vi siano delle condizioni locali del tessuto tali da favorire la localizzata deposizione del calcio.

Sembra infatti paradossale che proprio il polmone che si ammette disciolga, mercè l'acidità del suo sangue arterioso, il pulviscolo calcareo che continuamente inaliamo e lo stomaco che dissolve col suo succo le ossa deglutite, diventino sede preferita della precipitazione del calcio eccedente nel circolo. Si deve pensare che nella calcinosi patologica o venga liberato un composto organico di calcio differente da quelli usati finora sperimentalmente, o si alteri il biochimismo dei tessuti per effetto della causa prima che provoca l'ipercalciemia, oppure intervenga un altro fatto

morboso indipendente dalla causa prima del male, che renda il tessuto passibile di calcificazione Circa la prima ipotesi le prove microchimiche dimostrano che il calcio dei focolai metastatici è in grande prevalenza fosfato e in minor quantità carbonato. La sostanza calcarea sarebbe cioè la stessa sia negli animali da esperimento, sia nell'uomo. Circa la seconda ipotesi le difficoltà di rispondere sono maggiori. Per Kochel, Schmidt la calcinosi sarebbe preceduta da jalinosi o siderosi, o da semplice alterazione funzionale cellulare. Ma come mai la mucosa gastrica e il polmone si incrostano tanto facilmente, mentre il fegato e la milza in cui è più facile jalinosi e siderosi, si calcificano così difficilmente?

Tutti i casi della letteratura dimostrano, quasi sempre, nei focolai di incrostazione una concomitanza di fatti di calcificazione dei setti con fenomeni infiammatori degli alveoli corrispondenti. La grande maggioranza degli alveoli contiene un essudato che tende a zaffarli totalmente Nel plasma e fibrina che riempie gli alveoli vegetano con caratteristica facilità i fibroblasti della carnificazione; l'intima dei vasi è più o meno obliterata con restrizione, ma senza obliterazione, del lume; il lume dei broncheoli è intasato da fibrina e zolle calcaree. Da tutto ciò risulta chiara la impressione che la calcificazione non possa sussistere senza le altre alterazioni: essudato fibrino-fibroblastico, negli alveoli ectasici, e fibro-calcareo nei bronchi, calcificazione parziale dei vasi con qualche accenno a trombosi.

Nulla pare più ovvio che il pensare che il calcio esuberante trovi un terreno acconcio a depositarsi ove una infiammazione pregressa ha alterato i tessuti. Tuttavia tale asserto non soddisfa pienamente l'A. Egli nota che i focolai flogistici assumono in questi casi delle peculiarità proprie; appaiono infatti come forme nodose di broncopolmonite fibrinosa a focolai compatti simili alla polmonite di Grancher e con una tendenza ad una precoce carnificazione. Onde Fabris ritiene che il tessuto reagisca in un modo peculiare di fronte ad uno stimolo flogistico iniziale, a causa della ipercalcemia. In altri termini secondo l'A., *l'infiammazione apre da un lato la via alla calcificazione, ma poi alla sua volta ne viene successivamente influenzata, con la risultante della formazione delle singolarissime alterazioni descritte.*

Assai interessante è lo studio del contegno delle fibre elastiche. Anche qui gli AA. sono di opinione discorde. Per Davidson subiscono gli effetti della calcificazione del tessuto che le alberga, ma non pietrificano; per altri AA. calcificano per prime e tutto il processo si impernia su di esse. L'A. studiando le fasi inizialissime della calcificazione e usando il sensibilissimo metodo del Kossa ha osservato che le fibre elastiche conglutinate in grossi tronchi spezzettati vengono attorniate prima da un fine precipitato calcareo granulare, poi ne restano incrostate, ed in ultimo si sperdono entro la zona lapidea come verghe di ferro nel cemento armato. Onde ritiene che le fibre elastiche non subiscano una diretta calcificazione, ma rappresentino una specie di *centro di precipitazione* per il calcio. Gli stretti rapporti scoperti tra fibre elastiche e calcificazione ci richiamano a quel processo, da molti connesso con l'arteriosclerosi, che è la calcificazione della media, o meglio dell'apparato elastico delle arterie. E l'A. ritiene da un punto di vista istogenetico puro, si possano riunire i due processi in un solo gruppo delle *angiolitiasi* determinate dalla incrostazione distruttiva dei rispettivi apparati elastici.

L. TONELLI.

ORGANI DIGERENTI.

La perforazione nella cavità libera peritoneale come complicazione delle ulcere gastriche e duodenali.

(SERRADA. *La Med. Ibera*, n. 86, feb. 1927).

Di tutte le complicazioni delle ulceri gastriche e duodenali, la più grave è certamente la perforazione nella cavità libera peritoneale.

Circa la frequenza le opinioni degli autori sono varie, ma ciò che è certo è che le probabilità del trionfo di un intervento dipendono più dall'intervallo che passa fra la perforazione ed il momento dell'intervento, che dalla virulenza dei germi che sono potuti penetrare nel peritoneo. Bisogna perciò intervenire presto, perchè solo un intervento precoce è capace di arrestare la morte di tali infermi, e che così sia è dimostrato chiaramente dalle statistiche, secondo le quali si avrebbe il 60 % (Harhuann), il 92 % (Duval) di guarigione, se l'operazione è fatta prima delle 6 ore dall'avvenuta perforazione il 33 % di mortalità se eseguita dopo 12 ore, e 80-90 % di mortalità quando si operi dopo 24 ore.

Dopo 36 ore non si deve più operare, il paziente è perduto.

Tali dati sono abbastanza eloquenti per dimostrare la necessità di diagnosticare le perforazioni gastriche e duodenali il più presto possibile.

Gli antecedenti ulcerosi si riscontrano in una proporzione molto elevata negli infermi che sono colpiti da perforazione. I dolori vivi, ribelli ad ogni trattamento, uno stato febbrile di poca intensità, con nausee e vomiti, sogliono essere i prodromi di una perforazione. Ciò non esclude

però che a volte l'episodio possa apparire in piena salute, o almeno in un periodo di calma dell'ulcera o in infermi che si dicono curati ed allora la perforazione insorge con un dolore brusco, atroce, di pugnalata peritoneale, come diceva Dielafoy.

Il dolore e la contrattura dei muscoli retti sono generalmente i primi sintomi della perforazione, poichè tutti gli altri, compreso il timpanismo epatico, hanno molto meno valore.

Esaminando tali sintomi si vede come il dolore è periombellicale, più verso il lato destro ed in genere nella parte alta del ventre, con irradiazioni che sono difficili a precisarsi con esattezza perchè dipendono dal sito della perforazione, però data la frequenza delle ulcere gastriche e duodenali, e le loro sedi di elezione, si comprende che in pratica le irradiazioni più frequenti sono nella fossa iliaca, specie a destra, perchè la maggioranza delle ulcere sono piloroduodenali o iustapiloriche ed il contenuto passa nella regione epatica guadagnando il lato destro.

La posizione dell'infermo, al momento della perforazione e dopo, può influire sulle irradiazioni del dolore, come del resto le perigastriti anteriori, le aderenze, il contenuto e lo stato dello stomaco, possono far variare la sintomatologia.

La contrattura della parete addominale segue immediatamente: il ventre appare retratto e attenua i movimenti respiratori, immobilizzando il diaframma. La contrattura si accentua con l'esplorazione più delicata e scompare dopo 10-12 ore. Se si esamina il malato subito dopo la perforazione, si può vedere che il retto destro si contrae per primo nelle ulceri piloroduodenali, benchè, poco dopo, la contrattura si estende al sinistro e infine a tutto l'addome. In seguito compare timpanismo e distenzione delle anse intestinali, per paralisi intestinale, dilatazione per atonia, stato terminale della peritonite acuta. Il perforato passa attraverso tre periodi: quello di choc, quello di remissione apparente e quello peritonitico.

Il timpanismo nella regione epatica è un sintomo sul quale molto si è insistito. Esso ha valore però solo se coincide con un addome a piatto che corrisponde alle prime ore di una perforazione, mentre non ha importanza nel periodo di peritonite confermata, dove la distenzione atonica del luogo dà luogo a sonorità epatica.

Il vomito è un altro sintomo frequente, specie nella perforazione duodenale, e così lo choc, che però passa presto ed è tale miglioria quella che inganna in molti casi.

Nelle prime due ore si ha quasi sempre una temperatura al disotto di 37° e anche di 36° che si accompagna ad un polso incontabile (120-140), a pallore del volto, a raffreddamento delle estremità, ma allorchè scompare lo choc e si attenuano i fenomeni dolorosi, la temperatura può elevarsi, pur continuando il polso ad essere accelerato. Tale è la sintomatologia della perforazione che può portare ad una peritonite in 10-20-30 ore con esito quasi sempre letale.

La diagnosi differenziale con una perforazione appendicolare non è difficile, e l'errore d'altra parte non ha grande importanza: le pancreatiti emorragiche, le perforazioni della vescichetta richiedono il medesimo trattamento. La colica epatica può presentarsi bruscamente con dolore intenso fino a provocare lo choc e spesso con antecedenti gastrici. Se esistono dubbi tra colica epatica e perforazione, basterà iniettare 1/4 di milligrammo di atropina e 1 ctg. di morfina: il polso tornerà pieno, al di sotto di 100, la faccia riprenderà il suo aspetto normale e l'infermo potrà essere esplorato.

Non così accade se si tratta di perforazione. Il polso filiforme, la contrattura dei retti, il timpanismo epatico continueranno invariati, e così non si modificherà l'aspetto del malato.

Appena comprovato ciò l'unico procedimento per salvare la vita è di intervenire subito. Bisogna infatti pensare che il miglior mezzo per combattere lo choc è di evacuare il peritoneo del suo contenuto tossico, anche se, in alcune occasioni, questa tossicità può essere relativa.

In base alla sua esperienza, l'A. può affermare che le perforazioni delle ulceri gastriche o duodenali nella cavità libera peritoneale sono gravi, e la loro proporzione è del 6 % degli ulcerosi. La possibilità di guarigione col trattamento chirurgico dipende dalla rapidità della diagnosi, poichè l'intervento salva la vita del malato nel 90 % dei casi se è fatto nelle prime dodici ore.

Le probabilità di esito sono minori dopo le 12 ore fino alle 24: e passato tale periodo gli infermi muoiono di peritonite acuta.

A. POZZI.

Escisione transgastrica dell'ulcera gastrica.

(MORICONI. *Rif. Med.*, n. 29, 18 luglio 1927).

Sotto tale titolo l'A. descrive uno speciale trattamento chirurgico ideato ed applicato dal suo Maestro, prof. D. Taddei, che non ha trovato descritto non solo nell'immensa bibliografia riguardante la cura chirurgica in genere dell'ulcera gastrica, ma neppure in alcune pubblicazioni comparse sotto lo stesso titolo di « Escisione dell'ulcera gastrica ». L'intervento di cui intende parlare, diretto sull'ulcera, è quello per cui dallo stomaco per mezzo di gastrotomia anteriore si

asporta completamente il tessuto malato lasciando intatto il tessuto circostante.

Questo intervento, fra i più conservativi che ha dato dei buoni risultati in alcuni casi operati in Clinica, ha delle particolari indicazioni. Esso merita anche l'aggettivo « transgastrico » chè l'escisione si fa diversamente che nel metodo di Balfour sotto la guida della vista attraverso gastrotomia. Nel 1918 il Balfour riferisce di 215 casi operati col suo metodo: estrinsecazione quanto più è possibile dello stomaco attraverso la ferita laparotomica, individualizzazione dell'ulcera sia coll'ispezione che colla palpazione. In corrispondenza di essa si perfora lo stomaco a tutto spessore dall'esterno all'interno. Quindi sutura della piccola breccia ed eventuale gastro-enterostomia. Il Balfour è convinto della bontà del suo metodo basandosi sui buoni risultati ottenuti, ma premette che è esso da praticarsi solo quando lo *stomaco sia mobilizzabile*. Metodo perciò impossibile ad essere seguito nei casi che l'A. presenta in numero di sei, tutti con stomaco fissato da aderenze, nei quali s'è invece adoperato quello dell'escisione transgastrica.

L'intervento tipico si può così riassumere:

Dopo il più accurato isolamento con compresse, apertura dello stomaco (estrinsecato il più possibile fuori della ferita laparatomica) con incisione lunga 4-5 cm., verticale dalla piccola alla grande curvatura, sulla sua faccia anteriore; esplorazione della cavità gastrica. La sede della gastrotomia, sempre sulla parete anteriore, varia a seconda della posizione dell'ulcera. A 3-4 mm. dai margini dell'ulcera già di solito ben localizzata colla ispezione e palpazione esterna tutto all'intorno di essa s'incide la mucosa ed il tessuto sottostante fino ad una profondità variabile, tale da lasciare solo il connettivo cicatriziale di reazione; il tessuto ulceroso si asporta. Sutura dei margini della breccia residua con punti staccati in catgut. Sutura della gastrotomia: prima totale, poi cambio di guanti, quindi sierosierosa. Gastroenterostomia posteriore verticale transmesocolica quando si creda possibile o conveniente.

Una particolarità di questo intervento è la gastrotomia anteriore; con essa è possibile intervenire in qualunque stomaco anche se fissato ad aderenze, cosa facilissima ad aversi quando il processo è impiantato, come è frequentissimo, sulla piccola curva e sulla faccia posteriore dello stomaco; con essa ci rendiamo conto *de visu*, sia principalmente della unicità o no dell'ulcera, sia anche dell'aspetto di essa in rapporto ad eventuale avvenuta trasformazione cancerigna.

I risultati ottenuti nei casi descritti sembrano tali da far ritenere l'intervento degno di essere conosciuto ed applicato, nei casi nei quali trova la sua indicazione.

A. CIOFFI.

La « resezione palliativa » nell'ulcera gastrica e duodenale non resecabile.

(SCHOMBERG. *Brun's Beitr. z. klin. Chir.*, vol. 138, pag. 395, 1926).

Finsterer nel 1918 ha proposto per le ulcere gastro-duodenali non aggredibili chirurgicamente, la resezione di una parte della parete sana dello stomaco, la cosidetta « Resektion zur Ausschaltung ». La resezione può interessare solo lo stomaco o anche il piloro, nel primo caso la mortalità operatoria è minore; la maggior parte degli autori però consigliano di associare sempre la resezione del piloro a quella dell'antro e di una parte del corpo dello stomaco.

Nella clinica chirurgica di Francoforte l'operazione venne eseguita 44 volte, 4 volte per ulcera gastrica e 40 volte per ulcera duodenale. L'indicazione operatoria di questo metodo è rappresentata da casi in cui l'ulcera per la sede o per l'estensione presenti difficoltà molto notevoli al la sua resezione. Così ulcere della porzione discendente del duodeno che raggiungono la papilla, ulcere in cui la chiusura del moncone duodenale si faccia difficilmente o quando esiste la possibilità che la chiusura del moncone diventi insufficente; ulcere penetranti nel pancreas o con estese aderenze al legamento epato-duodenale che non permettono la preparazione del dotto coledoco e pancreatico; ulcere gastriche alte situate molto vicino al cardias.

Secondo l'A. i risultati ottenuti sono molto confortanti per quanto il periodo di osservazione degli operati risalga solo a 2-5 anni. Nelle 4 ulcere gastriche così trattate si sono avute 3 guarigioni e un miglioramento; delle 40 ulcere duodenali 76 % sono guarite, 13 % migliorate, 8 % non hanno risentito nessun miglioramento. La mortalità è del 3 %.

VALDONI.

MEDICINA SOCIALE.

L'opera del Governatorato di Roma contro la malaria infantile nell'Agro Romano.

Il Governatorato di Roma, nella sua organizzazione per la lotta antimalarica nell'Agro, si è anche grandemente preoccupato della malaria infantile e perciò ha attuato, e nel corso di vari anni perfezionato, provvedimenti che hanno già dimostrato la loro pratica efficacia e che quindi meritano di essere ricordati perchè hanno il valore di un fatto compiuto e non sono un semplice programma teorico.

L'opera si è iniziata col censire tutt'i bambini e fanciulli da zero a dieci anni, deducendoli dal censimento generale dei malarici, redatto esattamente e con tutti i dati riguardanti l'età, l'esame del sangue, l'esame della milza, le condizioni igieniche della casa, la provenienza, la scuola frequentata ecc.

Da questo censimento è risultato che, su 2546 febbricitanti nell'anno 1926, vi furono 763 bambini e fanciulli da zero a dieci anni. Cosicchè i bambini e fanciulli colpiti da malaria rappresentano circa il 30 % dei febbricitanti. È superfluo dire che, specie per ogni bambino lattante, come per ogni fanciullo, la diagnosi o il sospetto di malaria fu accertato con l'esame del sangue, ripetutamente prelevato da medici, profilassatrici, segnalatori, disinfestori e insegnanti delle scuole rurali.

Fu ricercato nella primavera del 1927 l'indice parassitario nella scuola di Ostia su 226 alunni, in quella di Borgo Acilio su 81 alunni, in quella di Settecamini su 327 alunni, in quella di Le Castella su 69 alunni. Il sangue fu prelevato dagli insegnanti, più volte per ogni alunno. In queste scuole, complessivamente su 783 fanciulli, non fu trovato alcun parassitifero tra gli alunni sani (cioè che non avevano febbricitato di recente) frequentanti le scuole; il che, se contrasta col reperto di altri malariologi in altre località, sta anche a dimostrare gli effetti benefici delle provvidenze profilattiche funzionanti nel territorio del Governatorato. La ricerca accurata dell'Indice splenico, nella primavera del 1926 e in quest'ultima del 1927, diede nell'anno 1926, su 1606 alunni esaminati, 353 alunni con milza ingrandita (circa il 21 %) e nel 1927, su 3281 esaminati, 595 con milza ingrandita (cioè soltanto il 12 % circa). Il risultato in vero favorevole dimostra anche esso praticamente l'efficacia della lotta antimalarica nei riguardi dell'infanzia.

La bonifica umana degli alunni fu affidata ai nostri bravi insegnanti del Governatorato e fu da essi rigorosamente eseguita su circa trecento alunni e così pure la profilassi chininica, praticata nei mesi di ottobre-novembre su 3381 alunni. Le febbri malariche in questo periodo di cura assidua non raggiunsero l'1 % nella scuola.

L'efficacia di tale assistenza antimalarica dei maestri fu dimostrata dal fatto che, successivamente, durante l'estate, i fanciulli presso le loro famiglie nell'Agro Romano o in montagna, dove ogni assistenza mancò, febbricitarono nella proporzione del 10 %.

Ammaestrato da tale esperienza, per l'estate dell'anno corrente, il Governatorato ha adottato un'altra misura di profilassi infantile, mantenendo aperte le scuole rurali alla Cecchina, alle Castella, a S. Vittorino, a Acquacetosa di S. Paolo. E il risultato di questa provvidenza è già apprezzabile poichè si è avuto sinora un numero minimo di febbricitanti tra i fanciulli delle scuole estive. Allo scopo di ottenere inoltre che i ragazzi apprendano ed applichino nelle loro case le opere utili contro la malaria, furono, ne' decorso anno scolastico, costituite in ciascuna delle 40 scuole del Governatorato, delle maestranze antimalariche di alunni per i lavori di piccola bonifica, per la cattura di zanzare alate, per la riparazione delle reticelle, per l'applicazione della profilassi chininica e della bonifica umana. Come già era stato fatto nell'anno 1925, furono bandite anche l'anno scorso gare di igiene a premio e la commissione che ispezionò le varie scuole dell'Agro, per verificare i risultati conseguiti dalle piccole maestranze antimalariche, dovè compiacersi del lavoro efficace compiuto dagli scolari nelle varie zone e si trovò obbligata a concedere premi a quasi tutte le scolaresche. Inoltre gli insegnanti di alcune scuole composero delle graziose commediole sceneggiate sulla lotta antimalarica, che vengono dagli alunni rappresentate alla domenica sulle piazzette delle varie borgate e che furono anche recitate nell'asilo Ettore Marchiafava, dinanzi agli allievi della Scuola superiore di malariologia. Il Governatorato di Roma si è anche occupato della preservazione dei lattanti dalla infezione malarica e come misura profilattica pratica, ha distribuito 500 veli per proteggere le misere culle dell'Agro Romano.

Le signorine profilassatrici alle dipendenze del Governatorato curano che questa misura profilattica sia rigorosamente adottata.

Un'altra provvida istituzione, dedicata alla protezione dell'infanzia dalla malaria, è il sanatorio antimalarico Ettore Marchiafava, situato in un amplissimo locale alle falde del Gianicolo. Funziona di estate e di inverno già da nove anni, e in esso vengono educati, curati ed istruiti

i bambini dell'Agro affetti da malaria. Le presenze giornaliere sono dalle 50 alle 100.

I bambini vi restano in media due mesi. Nel 1926 furono ricoverati e risanati 487 bambini, quasi tutti gametiferi, e, se si pensa che la totalità dei bambini e fanciulli colpiti da malaria fu di 763, non si può non riconoscere il beneficio portato da questa istituzione dovuta alla sapienza e alla bontà del prof. Marchiafava.

Finalmente un *film* interessante, sceneggiato nella nostra campagna a cura della Cineteca Governatoriale e riuscito meravigliosamente, illustra tutta l'opera del Governatorato per combattere la malaria *infantile*, comprendendo anche il lavoro antimalarico delle nostre scuole rurali. Questo *film* viene proiettato tutte le domeniche nei principali centri dell'Agro a turno, a scopo di propaganda educativa, e il sanitario incaricato di illustrarlo, invocando la collaborazione di tutti nella lotta contro il secolare nemico della nostra terra, non dimentica mai di raccomandare in special modo la difesa dei bambini.

Tutta questa opera del Governatorato diretta in particolar modo contro la malaria dell'infanzia fu dalla Amministrazione applicata senza economia di mezzi. Essa rappresenta un'attuazione faticosa di ciò che sino ad ora era rimasto in massima parte nel campo teorico, ma che dà oggi la soddisfazione di risultati pratici evidenti.

Dr. G. ESCALAR

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

M. NICOLLE, A. BOQUET. *Eléments de microbiologie générale e d'immunologie.* G. Doin, éd. Paris. Francs 35.

Si può considerare un breve trattato di microbiologia e d'immunologia, che riassume il corso di lezioni tenute da Nicolle all'Istituto Pasteur. Il volume, che compare per i tipi di Doin, è la seconda edizione del libro, rinnovato dal collaboratore del Nicolle, il Boquet.

Il piano del libro è conservato: breve, sintetico, senza lussi di citazioni, ma ricco di quel tanto, che è sostanza necessaria per comprendere la trama fondamentale della vita dei microbi e la tela dell'immunologia.

I due grandi capitoli: morfologia e fisiologia dei microbi, sono seguìti da quello sull'azione patogena di essi e dalle reazioni umorali e tissulari, che costituiscono l'immunità.

Boquet ha cercato di aggiornare le questioni di fisiologia e d'immunologia, e in una opera così concisa, e che tale doveva restare, il suo sforzo ha meritato l'elogio del suo maestro.

Nella dizione chiara e nella precisione delle nozioni è il merito del libro, sempre utile a medici ma anche a ricercatori di laboratorio.

T. PONTANO.

ABDERHALDEN E. *Handbuch der biologischen Arbeits-methoden.* Abt. V, Teil. 4, Heft. 9. Berlin, Urban e Schwarzenberg, 1927, Mk. 6.60.

Questo fascicolo tratta di alcuni importanti argomenti riferentesi allo studio della circolazione e della respirazione. Trovano così ampia esposizione i metodi di studio dei movimenti respiratori per opera di Rohrer di Zurigo; i metodi di angiostomia per opera di London di Leningrado; i metodi di studio della circolazione capillare per opera di Basler di Tubinga, mentre un ampio capitolo è dedicato al risonatore del polso per opera di Kraus, di Goldschmidt e di Seelig di Berlino.

ID. *Ibid.* Abt. IV, Teil. 10, Heft. 6 (Schluss). Berlin, Urban e Schwarzenberg, 1927. Mk. 7.80.

Questa puntata (n. 227) comprende 3 capitoli sulla determinazione quantitativa del ricambio gasoso. Nel primo è esposto da Dusser de Barenne e da Burger (Utrecht) il loro metodo grafico di determinazione; nel secondo è dal Verzàe di Delrechen trattato del ricambio gasoso del sangue nei singoli organi; nel terzo infine per opera di Mark di Halle, è esposto lo studio delle ricerche sul ricambio gasoso nell'uomo e nel cane.

ID. *Ibid.* Abt. V, Teil. 1, Heft. 4. Berlin, Urban e Schwarzenberg, 1927. Mk. 14.

Nella puntata 228 sono particolarmente trattati i metodi generali di studio per l'esplorazione della funzione dei singoli organi dell'organismo degli animali.

In un primo capitolò Koch di Köln descrive i nuovi apparecchi in uso per lo studio della circolazione artificiale nei vari organi; in un secondo capitolo il Fleisch di Dorpat tratta brevemente della camera sotto pressione in uso nell'istituto di Fisiologia di Zurigo.

Thunberg di Lund descrive l'apparecchio per respirazione artificiale (il Barospirator) da lui ideato e già descritto nel 1924 e 1925.

Negli ultimi due capitoli sono trattati due argomenti di alto interesse e di attualità riferentesi allo studio dei tessuti, tolti all'organismo e artificialmente coltivati. Klee-Rawidowich di Berlino espone i metodi ed i risultati dello studio dei tessuti degli animali a sangue freddo, mentre Fischer di Berlino tratta particolarmente della tecnica delle culture dei tessuti.

TRENTI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

STERNBERG. *Der heutige Stand der Lehre von den Geschwülsten.* II ed. J. Springer, ed., Vienna.

In forma nitida viene pubblicata una seconda edizione di questo libro, di cui facemmo un cenno alla prima edizione nel fasc. del 4 marzo 1925.

Il volumetto che consta di 136 pagine con 21 figure macroscopiche contiene in succinto numerose notizie sul problema dei tumori; è aggiornato nelle più moderne conoscenze sulla etiologia anche in esperimenti non ancora vagliati dal tempo; manca però di qualunque accenno alla estesa letteratura italiana sull'argomento.

R. BRANCATI

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Congresso internazionale di Urologia.

(Bruxelles, 3-5 agosto 1927).

Mercoledì 3 agosto.

Valore comparativo dei diversi esami del sangue e dell'urina nella chirurgia urinaria.

CHABANIER (Parigi), relatore. — Riassume alcuni punti della relazione a stampa molto prolissa.

1) Dà molta importanza alla costante di Ambard.

2) Circa l'eliminazione dell'azzurro per il rene rimanda alle spiegazioni del lavoro del prof. ACHARD.

3) Circa l'eliminazione della sulfo-fenoftaleina pensa che il processo non è esatto, perchè altri apparecchi (come il circolatorio e il fegato) influiscono sull'eliminazione di detto prodotto; essa è perciò molto variabile. La costante gli pare essere migliore, perchè essa pone il malato in condizioni appropriate eliminando l'influenza di altri organi.

4) Così è molto importante poi nella comparazione dei due reni separatamente per la concentrazione di ciascuno.

5) Gli esami che possediamo hanno valore diagnostico della funzione renale, ma non valore prognostico.

KOJEN (Belgrado), relatore. — Sostiene la costante di Ambard e il valore dell'azotemia gli pare molto sensibile. La costante è molto buona, ma ha eccezioni.

CUCNIBY (Boston). — Conclude col IOUNG che: le indagini di laboratorio sono un complemento e non sostituiscono l'osservazione diretta dell'ammalato. I dati che ci fornisce il laboratorio sono indispensabili; separatamente ciascuno non prova nulla. Non è che un elemento in più da aggiungersi al quadro clinico dell'ammalato. Dall'insieme dei dati clinici e di gabinetto si dovrebbe dedurre diagnosi, prognosi e cura. Qualche lacuna è dovuta al fatto che ignoriamo ancora qualche fattore importante e altre investigazioni sarebbero ancora necessarie.

Discussione.

WILBOLZ (Berna). — Crede che la costante è magnifica e che le conclusioni di CHABANIER sul prognostico sono un po' esagerate. Parla molto bene dell'eliminazione del carminio d'indaco: dice che quando tale osservazione è ben fatta l'uremia non si presenta dopo l'operazione.

CHEVASSU (Parigi). — L'esecuzione degli esami deve essere di una estrema precisione. Le eliminazioni dei coloranti non sono esatte. La costante deve essere eseguita con metodo sempre identico, con prodotti di laboratorio recenti e di tipo costante, per evitare risultati differenti.

KEYES (New-York). — I risultati e le conclusioni degli esami diversi sono molto personali.

MARION (Parigi). — La costante deve accettarsi, ma con riserve. La prova della sulfo-fenoftaleina è buona: confrontando i due metodi conclude che quello della fenoftaleina è il migliore.

La costante migliora con la febbre: la fenoftaleina peggiora; egli non riesce a spiegare il fatto che quando il malato sta peggio, la costante migliora. La costante non ha valore diagnostico nè prognostico.

COURTADE (Parigi). — Parla dell'ipertrofia renale compensatrice e crede che si verifica come aumento di volume e del numero delle cellule. Non è cariocinesi.

OECONOMOS (Atene). — Parla della iperuremia postoperatoria e dice non si deve purgare il malato prima dell'operazione ma limitarsi a lavande rettali.

BEER (New-York). — Dichiara che l'indaco è più sensibile della fenoftaleina.

TH. WALKER (Londra). — Fà il confronto del carminio di indaco e della fenoftaleina nella concentrazione dell'urina. Dice che si deve avere una relazione o costante dell'urea del sangue e dell'urina; in base a tale dato egli è intervenuto senza complicanze postoperatorie in cinque malati di ipertrofia prostatica con cifre di concentrazione ureica del sangue e della costante anche elevatissime.

BUGBEE (New-York). — La fenoftaleina è molto buona ma non dà prognostico.

BOISSON (Bruxelles). — Dice che il CHABANIER trattò molto bene la costante d'Ambard, ma che il carminio d'indaco gli pare migliore e che la concentrazione delle urine e del sangue deve calcolarsi con molta cura.

SERES (Barcellona). — Parla dell'alternativa della concentrazione del sangue nelle prime 4 ore dopo l'operazione.

LEGUEU (Parigi). — Non è possibile fare una diagnosi della uni- o bilateralità della tubercolosi colla costante. La costante dà il valore funzionale dell'oggi e non del domani. La costante non è la stessa e non ha lo stesso significato nei giovani o nei vecchi. Non si deve domandare alla costante più di quello che può dare.

SUTER (Basilea). — Confronta carminio d'indaco, costante e fenoftaleina: preferisce l'indaco.

BONANOME (Roma). — Si sta in un caos e non vi è un procedimento sicuro per il diagnostico e

il prognostico in tutte le operazioni: pensa che tale mezzo si avrà presto. Crede che il carminio d'indaco è trattenuto nella idronefrosi ed è una causa d'errore. In Roma si studia attualmente l'esame della tensione alveolare intrarenale applicata alla funzione renale. Tutti i metodi devono applicarsi.

LEMOINE (Bruxelles). — La costante è molto buona in molti casi e le critiche fatte ad essa sono solo di ordine chimico. Crede che la legge di Pulesco deve mettersi d'accordo con la costante d'Ambard e che deve farsi una modificazione alla costante d'Ambard.

COLOMBINO (Torino). — Crede che devono cercarsi altre costanti nell'urina e parla dell'investigazione dello zolfo nel sangue e nell'urina.

TARDO (Palermo). — Crede che il miglior metodo è la fenoftaleina e che essa si elimina, come dice CHABANIER, secondo la legge d'Ambard.

AMBARD (Trasburgo). — La costante è il risultato fisiologico dello studio della concentrazione urinaria e del sangue e non tiene conto dello stato del fegato.

Giovedì 4 agosto.

Trattamento di tumori vescicali con gli agenti fisici.

BEER (New-York), relatore. — Riferisce sulla sua statistica di 418 casi. Ha studiato:

1) Il trattamento dei papillomi benigni con le correnti ad alta frequenza per mezzo del cistoscopio (corrente monopolare e bipolare).

2) Il trattamento dei papillomi benigni senza cistoscopio (cauterio di Paquelin, cauterio elettrico e corrente ad alta frequenza, diatermia bipolare e coltello radiotermico); alcool per impedire gli innesti.

3) L'impiego del radium per mezzo del cistoscopio o dopo cistotomia.

4) L'impiego dei raggi ultrapenetranti.

I. Le correnti monopolare e bipolare dànno presso a poco gli stessi risultati.

La non riuscita della cura endoscopica ad alta frequenza conduce quasi normalmente a stabilire una diagnosi di tumore maligno che non è più giustificabile del trattamento endovescicale con alta frequenza.

Se per localizzazioni difficili (al collo per esempio) la cura endovescicale è impossibile, si è ridotti ad utilizzare l'alta frequenza per via soprapubica.

In totale 25 % di recidive in situ o di ripullulazioni in altre parti della vescica.

II. Quando la cura endovescicale non è possibile l'apertura soprapubica deve essere scelta; la distruzione dei tumori può essere fatta per mezzo del termocauterio di Paquelin o del galvanocauterio o meglio ancora per alta frequenza con corrente bipolare.

La recidiva sembra qui non essere che del 12% ma la mortalità operatoria è inferiore.

Se si è condotti a fare delle cistectomie extra ed intraperitoneali, la diatermia o la sezione elettrica della parete può essere ugualmente utilizzata.

III. Il radium può essere applicato per mezzo del cistoscopio. In caso di tumori benigni i risultati sono eccellenti. In caso di tumori maligni, nessun successo.

Dopo l'apertura della vescica (51 casi di tumori infiltrati) la mortalità è stata alta al 33 %, ma si trattava di casi gravissimi in cui la cistectomia sarebbe stata necessaria con prostatectomia: in totale si sono contati su 20 malati che hanno sopravvissuto sei guarigioni; ossia il 30 %.

IV. La cura coi raggi ultrapenetranti non ha dato risultati utili neppure nel senso di prolungamento della vita del malato.

FRYSZMAN (Varsavia), relatore. — Conclude che per la cura dei tumori benigni il metodo prescelto è l'elettrocoagulazione. Per i tumori maligni i processi indicati sono l'iradiazione coi raggi X e la radiumterapia. L'elettrocoagulazione non presenta che delle possibilità minime di successo. Gli agenti fisici non escludono l'intervento operatorio radicale; ma devono essere preferiti ai metodi cruenti, sopratutto se trattasi di neoplasmi maligni avanzati.

Seguono: HEITZ-BOYER (Parigi), relatore; KIDD (Londra); PASTEAU (Parigi); ORAISON (Bordeaux); RAFIN (Lione); WARD (Birmingham); LASIO (Milano); TEVENOT (Lione); CHOCHOLKA (Praga); PERUCCI (Bologna); COVISCA (Madrid); MINET (Parigi); COMPAN (Barcellona); BELOT (Parigi); RICO (Columbia) che riferiscono i dati della loro statistica più o meno numerosa con buoni risultati coi vari metodi ma in genere sconfortanti per il trattamento col radium.

Venerdì 5 agosto.

Trattamento della tubercolosi genitale.

Pel relatore BARNEY, assente, PASTEAU legge le conclusioni della relazione già stampata nel primo volume degli Atti del Congresso.

GAMBERINI (Bologna), relatore (a nome anche del collega MAROGNA):

La tubercolosi genitale va inquadrata nella tubercolosi generale; entrano in questione l'eredità specifica i tipi somatici, il terreno organico del soggetto. È eccezionalmente primitiva: generalmente è secondaria ad altri focolai extragenitali o floridi o latenti o che non danno più segni clinici. Le vie di apporto sono l'ematogena, la linfatica, la canalicolare; la diffusione può essere testipetala o testifugale. Dai dati in contrasto sulla patogenesi non si può affermare la prevalenza d'inizio del processo nell'epididimo, nella prostata o vescicole seminali. Tutte le zone possono essere colpite in modo uguale e l'affezione si deve ritenere policentrica, per quanto le statistiche anatomo-patologiche diano la maggioranza alla prostata e vescicole. La clinica è spesso impotente a svelare i focolai d'infezione e l'anatomia patologica a pronunciarsi sulla cronologia degli stessi.

Nella pratica terapeutica si traduce il contrasto delle teorie.

Non richiamo le ragioni pro e contro la castrazione, da tutti considerata come intervento di eccezione.

Sull'epididimectomia (preferita dalla maggioranza dei chirurghi) si dice che asportando il focolaio primitivo raggiunge le finalità della castrazione senza i suoi danni.

Contro di essa molti hanno visto che le guarigioni non sono nè perfette nè costanti; che la base scientifica non è assoluta perchè non è dimostrato che il focolaio dell'epididimo sia primario e l'unico e che il testicolo non sia contemporaneamente leso. Il miglioramento dei focolai soprastanti nella prostata o vescicole non ha il valore di stabilire la primitività epididimaria; perchè nessuno è in grado di stabilire la guarigione della prostata e vescichette e, dato il fatto, è noto che anche l'allontanamento del focolaio secondario può influenzare favorevolmente il focolaio primario. In genere perchè l'epididimectomia sia sicura deve essere precoce, quindi si resta in dubbio se veramente è necessaria in tutti i casi in cui è praticata.

La cura medica generale e locale jodica (metodo Durante) è seguìta generalmente in Italia, o a sè o in unione ad interventi chirurgici. Esso ha il merito di indirizzarsi all'affezione più che alla localizzazione visibile. Con le iniezioni dirette nel focolaio morboso si ottiene spesso l'estinzione completa di esso conservando la funzione della glandola anche in affezioni bilaterali. Il metodo di rado fallisce perchè mancano nell'organismo le reazioni adeguate o per speciali condizioni legate alla virulenza dell'infezione. Si fa obbiezione alla lunga durata della cura.

Le cure conservative con tubercolina raggi X, raggi ultra-violetti sono promettenti ma devono essere ulteriormente studiate.

Gli interventi sulla prostata e vescicole seminali o su tutto l'apparato genitale basati sulle teorie dell'affezione primitiva nelle zone superiori dell'apparato uro-genitale, se hanno per sè un'apparente logicità non possono entrare nella pratica per il pericolo che importano e perchè non è ancora dimostrato la loro utilità in rapporto alla guarigione e alle recidive.

Concludendo la cura deve considerare la tbc. genitale inclusa nel campo della tubercolosi generale e deve aver riguardo alle condizioni individuali e sociali e alle estrinsecazioni cliniche anatomo-patologiche dell'infezione. Nel tubercolosario di Bologna in un quinquennio sopra 797 degenti si hanno solo 7 casi di tubercolosi genitale, e col grave significato di focolaio di generalizzazione del processo. Nell'Ospedale Maggiore di Bologna sopra 52,278 malati in un decennio i casi di tbc. genitale furono solo 42 e in genere forme gravi. Scarsa è la spedalizzazione di tbc. genitale nei nosocomi comuni e gli accolti sono così spesso gravi, perchè molti soggetti con affezioni genitali iniziali vincono la loro malattia colle proprie resistenze organiche alla stessa stregua che vincono la malattia generale all'infuori delle cure ospitaliere. Eliminati i casi, a processo generalizzato, non più chirurgici, e i lievi guariti spontaneamente, vengono a noi i casi di *tubercolosi chirurgica genitale sola*, almeno apparente. In questi casi, esclusa la concomitanza di lesioni rilevabili nel rene o in altra sede che abbiano il sopravvento, spetta a noi di aiutare le risorse naturali che furono sorpassate ma che sono suscettibili del nostro utile sussidio. Su questo punto pratico dobbiamo essere d'accordo di agire *caso per caso* e che il trattamento logico dev'essere *locale* e *generale* insieme.

A tale scopo oltre alle cure generali di metodo di vita, d'igiene, dietetiche, climatiche, talassoterapiche la cura medica precipua locale e generale è il metodo Durante. E quando si ricorra a cura cruenta è indispensabile associare la cura generale dell'organismo con lo jodio in modo tenace e continuativo.

Devono entrare in campo le cure chirurgiche quando falliscono le cure mediche o i soggetti si presentino in condizione che si giudicano non suscettibili di risorse dalle cure stesse; poi negli individui delle classi sociali bisognose di lavorare e insofferenti di lunghe cure; nei casi di lesioni gravi suppurate, fistolizzate, con associazioni batteriche secondarie.

Allora caso per caso è la necessità che ci porta alla castrazione; e non un criterio di elezionismo precoce ma il discernimento che ci porta tempestivamente all'epididimectomia o per considerazioni sociali che non hanno legge o per considerazioni cliniche.

È il giudizio del clinico che deve discernere i casi in cui un inopportuno indugio può far perdere il tempo utile di un possibile intervento conservativo di epididimectomia associata o meno a deferentectomia, dai casi in cui è a presumere invece la guarigione con le cure mediche e quindi un intervento cruento inutile ed eventualmente dannoso non sarebbe giustificato.

WALKER (Londra), relatore. — Riassumendo i processi generali degni di interesse per la cura della tubercolosi genitale insiste sull'elioterapia e sul regime sanatoriale. In quanto concerne i processi chirurgici, pensa che l'epididimectomia deve praticarsi nella maggioranza dei casi. L'asportazione totale dell'apparato seminale, deve addottarsi solo nei casi in cui alla epididimectomia non è seguìta la regressione delle lesioni centrali; come pure dicasi per la cura di quei malati che hanno delle lesioni avanzate della prostata e delle vescichette e che sono ostacolati per il loro genere di vita dall'inizio della lotta contro la invasione della tubercolosi.

Discussione.

WILDLOLZ (Berna). — Fa la epididimectomia e non la prostatectomia, nè la vesciculectomia; la castrazione quasi mai. A questi tre interventi segue quasi sempre la morte per meningite. Usa cure generali.

GENOUVILLE (Parigi). — Fa l'estirpazione dell'epididimo senza sutura.

PASTEAU (Parigi). — L'epididimectomia è il migliore intervento.

ORAISON (Bordeaux). — Pratica iniezioni sclerosanti di cloruro di zinco 10 %: la deferentectomia è il metodo migliore.

MARION (Parigi). — Fa sempre l'epididimectomia doppia, curativa da una parte, preventiva dall'altra. Per evitare fistole attacca il deferente alla pelle. Nell'isolamento del deferente alle volte si ledono i vasi e si è costretti alla castrazione. Crede alla frequente associazione di tubercolosi genitale e renale.

GUISY (Atene). — Per le prostatiti acute tubercolari fa la prostatectomia perineale: per la epididimite e prostatite fa due interventi perineale e scrotale. Quando la lesione è generalizzata non si deve operare.

COVISA (Madrid). — Parla dell'exeresi, estirpazione della prostata e dell'epididimo secondo i casi. Interviene dopo esperite le cure mediche.

CHEVASSU (Parigi). — È inutile operare nella prostata e vescicole. Vi sono molte diagnosi di lesione tbc. prostatica errate.

BAGOZZI (Milano). — Quando le lesioni sono primitive si curano facilmente per l'intervento: egli toglie deferente ed epididimo. L'infezione si fa per la via ematica. Parla della diagnosi differenziale con la sifilide.

BOISSON (Bruxelles). — Segue il metodo Calot (iniezioni) con buon risultato. Combina la diatermocoagulazione con irrigazione di liquido di Dakin.

SERES (Barcellona). — Dice che la lacerazione dei vasi nel distacco del deferente si può evitare e non essere costretti alla castrazione.

LEGUEU (Parigi). — Gli individui con tbc. genitale hanno o avranno la tubercolosi urinaria. La tubercolosi va dalla profondità alla superficie. Se la lesione si trova alla testa dell'epididimo deve operarsi; se alla coda deve farsi il trattamento coi raggi X.

*
* *

A sede del futuro Congresso del 1930 è scelta Madrid.

Temi: 1) *Idronefrosi;* 2) *Disinfettanti delle vie urinarie;* 3) *Infezioni colibacillari.*

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 29 luglio 1927.

Pres. ff.: prof. PINCHERLE, vice-pres.

Sulla permeabilità della pelle sana al carbonchio.

Dott. I. DE CASTRO. — Conclusioni: 1) Si conferma la possibilità del passaggio del bacillo carbonchioso attraverso la pelle sana della cavia. Tale possibilità, nelle condizioni sperimentali, è frequente ma non costante.

Questa conclusione non autorizza però ad affermare che l'arrivo del bacillo carbonchioso sulla pelle degli animali domestici e dell'uomo importi, nelle condizioni naturali, un egual pericolo d'infezione, perchè nelle esperienze fatte si sono adoperati bacilli molto virulenti e in quantità enormi (e con spore) e perchè ciò che vale per la cavia può non valere per gli altri animali.

2) La congiuntiva della cavia e l'interno del padiglione dell'orecchio del coniglio si sono dimostrati impermeabili al carbonchio.

3) Alcool a 70°. Tintura di iodio, chinosal Rivanol non proteggono dall'infezione nelle condizioni degli esperimenti descritti.

Il sublimato corrosivo sembra meriti ulteriori ricerche, avendo dato buoni risultati nei pochi esperimenti eseguiti.

Tali ricerche saranno riprese su più vasta scala.

Sui tumori elaiopatici.

G. A. CHIURCO. — L'O. fa una estesa esposizione cronistorica delle ricerche eseguite sull'argomento dal 1917 ad oggi. Afferma essere merito di Biondi di aver per primo descritto l'evoluzione fisiopatologica delle forme elaiopatiche. Porta poi i contributi di Moriani, di Cantieri, di Mariani, di Tommasi ed altri i quali hanno fatto degli studi clinici ed istopatologici sugli elaiomi.

L'O. divide il lavoro dal punto di vista dell'etiologia, sintomatologia, anatomia-patologica, della prognosi, della diagnosi e della cura ed infine dà un contributo personale di casi clinici studiati clinicamente e istologicamente, ed operati delle tumefazioni delle regioni pettorale sinistra e destra.

Conclude che i tumori elaiopatici sono più frequenti di quello che non si creda, che esistono due forme cliniche principali, quella a piastrone e la forma cistica; che dal punto di vista istologico può trattarsi di un'emoistioblastosi benigna e cerca ancora di spiegare la possibilità di certe metastasi descritte da certi AA.; che la prognosi è favorevole in genere e che è necessaria l'asportazione.

Ricerche sperimentali sulla filtrabilità del virus tubercolare. (Nota preventiva).

A. ALIQUÒ MAZZEI. — L'O. il quale ha introdotto nella camera anteriore dell'occhio di 39 conigli e nel sottocutaneo o nella cavità peritoneale di 10 cavie il filtrato per candela Chamberlad L^3 di materiale tubercolare di varia provenienza, riferisce di non avere mai osservato negli animali da esperimento alcun segno clinico o macroscopico di infezione tubercolare e di aver sempre avuto resultati negativi per il bacillo di Koch dalle prove batterioscopiche e culturali.

Siringomielia, spina bifida occulta e cheiromegalia.

Dott. D'ANTONA L. — L'O. riferisce sopra un caso di siringomielia, interessante per l'associazione al quadro tipico della malattia di manifestazioni cheiromegaliche e malformazioni multiple della colonna vertebrale. L'O. richiama specialmente l'attenzione su queste ultime, mettendone in rilievo la rarità e la importanza specialmente in riguardo alla tendenza, attualmente

predominante, a considerare la malattia come la espressione di un disturbo del meccanismo di chiusura del tubo neurale embrionale.

Sul potere battericida dell'olio di lino.

Dott. GIUSEPPE MAZZETTI. — I mattoni imbibiti di olio di lino del commercio, molto usati fin dal 1400-1500 in Italia e specialmente in Toscana, hanno una forte azione battericida contro i bacilli del tifo, lo stafilococco aureo, le spore del carbonchio, il bacillo della difterite e della tubercolosi.

Tale azione è dovuta esclusivamente all'olio di lino.

Tale azione è propria solo dell'olio di lino commerciale e non di quello puro (estratto in laboratorio per mezzo dell'etere in un apparecchio del Lostilet).

L'olio di lino puro, solo se riscaldato ad alta temperatura e lungamente, acquista tale proprietà benchè in scarsa misura.

Sul passaggio della forma vegetativa e della spora del carbonchio attraverso il tubo gastro-enterico della cavia.

Dott. I. DE CASTRO (Conclusioni). — La forma vegetativa del carbonchio non è capace di attraversare il tubo gastro-enterico della cavia.

La spora del carbonchio penetrata con l'alimento nel tubo gastro-enterico della cavia viene emessa con le feci viva e virulenta.

Il succo gastrico della cavia normale ed anche il succo enterico mostrano in vitro potere battericida per la forma vegetativa del carbonchio.

Il potere battericida del bicloruro di mercurio in presenza di idrati di carbonio o di amminoacidi.

Dott. I. DE CASTRO. — Il lattosio, il saccarosio, il glucosio riducono, benchè in diversa misura, il potere battericida del bicloruro di mercurio.

La glicocolla non riduce tal potere battericida ma invece mostra di elevarlo lievemente.

Lo stato del tessuto elastico nei sacchi lacrimali affetti da dacriocistite.

A. ALIQUÒ-MAZZEI. — L'O., all'esame istologico di numerosi sacchi lacrimali asportati per dacriocistite cronica e flemmonosa, ha riscontrato profonde alterazioni del tessuto elastico, consistenti in diminuita affinità per i colori elettivi, andamento irregolare, rigonfiamento e frammentazione delle fibre elastiche che possono spesso essere ridotte in detrito granuloso (degenerazione).

Per queste profonde alterazioni del tessuto elastico, la parete del sacco lacrimale diviene atonica ed il sacco non è più capace di compiere la sua funzione, mentre per il pus che rigurgita dai canalini lacrimali costituisce una grave e permanente minaccia per l'occhio. In queste circostanze la cura conservativa non potrà raggiungere lo scopo desiderato cioè il ristabilimento del regolare deflusso delle lacrime, mentre l'asportazione in toto del sacco lacrimale sarà l'intervento operatorio più indicato. A. CAROLI, *segretario.*

Società Medico-Chirurgica di Alessandria.

Seduta del 1° aprile 1927.
Presidente: Prof. O. FINZI.

Tabagismo e colica epatica.

E. POGGIO (Alessandria). — L'O. espone le sue considerazioni su quattro casi:

Si tratta di quattro individui dai 32 ai 52 anni, forti mangiatori e fumatori con manifestazioni varie di vagotonismo, che andavano soggetti a coliche dolorosissime durante le quali predominavano i sintomi riferibili al fegato su quelli a carico della cistifellea. Richiamati ad un più rigoroso regime dietetico non ottennero miglioramenti mentre tre di essi ottennero la guarigione cessando di fumare; in uno anzi vi furono delle ricadute solo nell'occasione di un ritorno all'antica abitudine di fumare. Nel quarto soggetto la soppressione del tabacco non influì.

Passando alla spiegazione del fenomeno, ritiene che esso sia dovuto ad intossicazioni varie, fra le quali campeggia quella da nicotina, che ha molta analogia con quella della pilocarpina, vagotonico per eccellenza, capace di provocare una contrazione delle vie biliari con conseguente ingorgo della cistifellea, congestione del fegato e relativa distensione della glissoniana, che sarebbe la causa del dolore.

FINZI. — Ricorda di aver operato casi consimili senza aver potuto trovare calcoli.

MARAGNANI. — Riferisce osservazioni su se stesso e dice che le sue crisi sono sempre state conseguenti a disordini dietetici e non furono mai influenzate dal variare delle dosi di tabacco.

GARAMPAZZI. — Pensa che si debba porre bene attenzione a distinguere le frequenti gastralgie tabagiche dalle eccezionali coliche nicotiniche.

Indicazioni e risultati della chemoterapia aurea nella tubercolosi cutanea.

ARTOM M. (Novara). — L'O. ha trattato con iniezioni di preparati aurei 26 malati di cui 17 colpiti da lupus eritematoso, 6 da lupus vulgaris, uno da tubercolosi verrucosa, 2 da tuberculidi papulo-necrotiche. Soltanto dei 17 lupus eritematosi 6 guarirono e quattro migliorarono; negli altri casi non ebbe risultati apprezzabili. Unico incidente è stata la riaccensione di un focolaio polmonare in uno dei pazienti. Da alcuni preparati istologici eseguiti per controllare le modalità di azione si rileva la penetrazione del sale aureo nella profondità dei tessuti e la mancanza assoluta di modificazioni istologiche. Conclude negando con Koizumi, Levi ed altri, all'oro qualsiasi azione batteriotropa diretta e ammettendo una probabile azione di scissione dei componenti cellulari nel focolaio ed un assorbimento successivo di tali prodotti di scissione che costituiscono sostanze immunizzanti sia specifiche che aspecifiche.

Attribuisce perciò all'oro non un'azione chemiospecifica nel senso etiotropo ma un'azione chemioterapica nel senso nosotropo.

Il « test » di idrofilia cutanea.

DEBENEDETTI e CURRADO (Asti). — Gli OO. riassunte le esperienze che condussero Aldrich, Mc.

Clure ed altri ad attribuire la maggior rapidità di assorbimento dei liquidi iniettati nei tessuti edematosi ad un aumento di idrofilia dei tessuti stessi, dicono di aver ripresa in esame la questione e mediante iniezione intradermica sperimentale di cc. 0,2 di soluzione fisiologica in diversi soggetti di aver constatato che il riassorbimento del ponfo causato dall'iniezione avviene in 60' e più nei sani o in malati di malattie non idropizzanti, avviene rapidissimamente in svariate forme di edemi ed in numerosi casi di cachessia tubercolare. Ritengono però che la maggior rapidità di scomparsa del « test » dipenda da aumento di idrofilia solo nei casi di discrasia, con impoverimento di acqua, mentre nelle varie forme di edema stimano essa sia dovuta alle particolari condizioni morfologiche del connettivo, la cui sostanza intercellulare, diminuendo di consistenza per l'aumentato contenuto in acqua, si lascia più rapidamente permeare dal liquido iniettato.

Relazione sul reperto chirurgico del caso di ascite presentato da De-Toni nella seduta precedente.

Finzi (Alessandria). — Riepilogato il caso clinico, l'O. riferisce il reperto operatorio che si può così sintetizzare: Esiti di pregressa peritonite specifica; periepatite con successiva cirrosi capsulare del fegato che raggiunge quasi lo stadio del così detto fegato candito di Curschmann; retrazione del legamento epato-duodenale.

La cura delle encefaliti acute.

Fornara (Novara). — La cura delle encefaliti sporadiche secondarie deve esser sopratutto sintomatica. Occorre innanzi tutto stabilire se le convulsioni sono di natura spasmofilica od encefalitica: nel primo caso la cura deve essere a base di bromuri e sali di calcio sussidiata da raggi ultravioletti, nel secondo a base di luminal e di punture lombari evacuatrici; recentemente in qualche caso ha unito alla puntura lombare la iniezione endorachidea di piccole dosi di adrenalina ottenendone risultati incoraggianti.

Poggio e Fadda. — Ricordano i benefici effetti terapeutici ottenuti da punture lombari fatte a scopo diagnostico.

I disturbi riflessi addominali della litiasi urinaria.

Rinaldi (Novara). — L'O. riferisce tre casi di cui due di calcolosi reno-uretrale con sindromi pseudo-occlusive che scomparvero in terza ed in ottava giornata con l'eliminazione della renella e dei calcoli, ed il terzo di pielo-nefrite acuta in cui il fatto occlusivo, dimostratosi inesistente all'autopsia, portò ad un inutile intervento.

Attribuisce il fatto a rispondenze nervose che esistono tra i gangli del rene e quelli del plesso addominale.

Risultati della trasfusione del sangue in un caso di anemia grave secondaria in un bambino ipotrofico.

Gaidano (Alessandria). — L'O. riferisce il risultato ottenuto dalla trasfusione in una bambina ipotrofica di mesi 12 affetta da anemia grave a tipo clorotico, instauratasi dopo una broncopolmonite a decorso prolungato. Con la introduzione endomuscolare di 400 cc. di sangue nello spazio di 20 giorni ottenne le seguenti modificazioni ematologiche:

a) prima della cura il reperto era:

H b (Sahli) 30, globuli rossi 3,150,000, valore globulare 0,48, globuli bianchi 9,800;

b) dopo la cura:

H b (Sahli) 80, globuli rossi 5,200,000, valore globulare 0,78, globuli bianchi 16,800.

Ne seguì anche un progressivo aumento del peso e non venne mai osservato alcun disturbo tranne qualche rialzo termico dopo le prime punture (temp. 38 interna).

Ritiene di poter attribuire tale risultato alla azione opoterapica stimolante la funzionalità emopoietica della trasfusione che, per la facilità di esecuzione scevra da inconvenienti sia immediati che a distanza, deve sempre tenersi in considerazione fra i vari metodi di cura delle anemie gravi.

Un caso di morte per somministrazione di dosi minime di un prodotto di scomposizione di b. tubercolare.

Debenedetti e Currado (Asti). — Gli OO. riferiscono il caso di un uomo con lesioni polmonari specifiche di lieve entità datanti da qualche anno ed in condizioni generali buone, al quale vennero somministrate per iniezione intramuscolare quantità minime di un prodotto di scomposizione di b. tubercolari, dosate dai preparatori in *unità*. Non somministrarono mai dosi superiori senza esser ben certi che la precedente non avesse dato aumenti di temperatura, ma mentre le prime quattro dosi non diedero disturbi, la quinta (63,5 unità) a distanza di circa 36 ore diede luogo a reazione termica imponente (41°) e ad un così rapido aggravamento da determinare la morte a cinque giorni dall'insorgenza della febbre. Imponenti furono le reazioni locale e generale, nulla quella di focolaio forse per la precipitata rapidità dell'esito.

Gli OO. giudicano l'azione del preparato come nettamente tubercolinica per quanto lo scopritore la descriva come prevalentemente aspecifica, di catalizzazione.

Parkinsonismo da encefalite epidemica in soggetto luetico.

M. Santonè (Alessandria). — L'O. riferisce un caso di sindrome parkinsoniana insorta in una donna di 24 anni che cinque anni prima si contagiò di lue e tre anni fa sofferse di una forma febbrile acuta accompagnata da lieve sonnolenza. La R. W. sul sangue fu positiva; normale il liquido c.-r. Le cure antiluetiche non sortirono alcun risultato. Tra i sintomi presentati dalla paziente l'O. fa notare la paralisi dei movimenti associati dei bulbi oculari e la palilalia, che, sebbene non sempre rilevabile, compariva talora in modo assai caratteristico

Dott. P. Carezzano.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

I dolori epigastrici.

Se il dolore epigastrico è il più delle volte espressione di un'affezione dello stomaco o del duodeno, tuttavia occorre ricordare che esso può riscontrarsi anche in altri stati morbosi.

Frequentemente può aversi il dolore epigastrico nelle affezioni del fegato o delle vie biliari e così malattie a sede lontana dall'epigastrio, come le affezioni del sistema nervoso (paralisi generale, tabe) degli organi addominali (appendicite, affezioni utero-ovariche) toracici (angina di petto, pericardite, polmonite, possono dar luogo a dolori epigastrici.

a) Il fegato, la cistifellea e il sistema nervoso sono quelli che danno luogo agli errori terapeutici più comuni. Le crisi gastriche tabetiche hanno fatto più di una volta credere alla presenza di un'ulcera gastrica.

Se i dolori sono intermittenti, lasciando fra essi uno stato gastrico presso a poco normale, si penserà alla calcolosi biliare, specie se trattasi di una donna. Si ricercheranno i punti dolorosi: epigastrico, vescicolare, pancreatico-coledocico. Per quanto il regime dietetico sia quasi il medesimo che nelle affezioni gastriche, tuttavia s'impongono alcune differenze: le uova, ad es., che sembrano ben tollerate dai gastrici, non lo sono dai litiasici, e così il trattamento bismutato o alcalino utile nelle affezioni dolorose dello stomaco, avrà scarso effetto quando la cistifellea è in giuoco. La tinta subitterica delle congiuntive, lievi rialzi febbrili serali faranno pendere la bilancia in favore della colecistite calcolosa;

b) Nei cardiaci, i dolori epigastrici provengono spesso da un fegato congestionato e doloroso al livello del suo lobo sinistro. Bisogna perciò ascoltare il cuore con attenzione, rilevare i segni di insufficienza miocardica e ordinare il trattamento relativo. Eccezionalmente anche gli ascessi del lobo sinistro del fegato, le cisti idatidee, le pancreatiti, il cancro del corpo del pancreas possono manifestarsi all'inizio con un dolore assai vivo a sede epigastrica;

c) Nell'angina di petto a forma gastralgica i dolori si producono in occasione dei movimenti e scompaiono col riposo, il che è un buon segno diagnostico;

d) Le malattie dei reni, come la calcolosi renale, il rene mobile possono essere causa di epigastralgia, ed ugualmente nell'uremia si può avere un dolore fisso al livello dello stomaco, quale nevralgia d'origine tossica;

e) Le malattie infettive, sopratutto la malaria e la tubercolosi intestinale, si accompagnano sovente a dolori epigastrici. Bisogna perciò sempre diffidare di un soggetto giovane che accusa dolori allo stomaco, ma che contemporaneamente tosse e dimagrisce. Di natura nevralgica, i dolori di stomaco nei tubercolosi saranno bene calmati con le polveri magneso-bismutate e con il regime vegetariano;

f) In quanto alle intossicazioni, a parte quelle endogene (uremia) bisognerà ricordare quelle esogene (arsenico). Gli avvelenamenti criminali da arsenico combinati possono dar luogo a dolori epigastrici, a vomiti, da poter a volte facilmente indurre in errore.

Dopo aver passato in rassegna le varie affezioni e i disordini di causa esterna che possono dar luogo a dolori epigastrici, bisogna restringere il campo delle osservazioni alle affezioni in immediata vicinanza dello stomaco e del duodeno. Esse sono l'iperestenia gastrica senza ulcera, l'ulcera e il cancro.

L'iperestenia gastrica si rivela il più delle volte con dei dolori insorgenti subito dopo il pasto o a qualche ora di distanza, dolori sotto forma di bruciori, di crampi. In tali casi la somministrazione di polveri magnesiaco-bismutate, di belladonna, cure idrominerali e regime vegetariano saranno di benefico effetto, e potranno facilmente eliminare il sospetto della presenza di un'ulcera.

Tra le crisi di gastralgia o d'iperestenia gastrica e l'ulcera possono aversi le più svariate gradazioni. Nè il carattere, nè l'ora del dolore forniscono elementi apprezzabili sufficienti, ed anche l'esame del succo gastrico e quello radioscopico non sempre riescono a risolvere nettamente la questione.

Forse il migliore elemento diagnostico può essere dato dalla scomparsa dei dolori col regime dietetico e con la somministrazione degli alcalini, poichè se tale trattamento rimane senza risultato, è d'uopo pensare che un'ulcerazione pilorica sia la causa dei dolori.

Si dice che il dolore del cancro è meno forte; forse può essere vero, ma nei casi in cui il cancro succede all'ulcera, come di frequente, è difficile basare sull'intensità del dolore un elemento di diagnosi. Ma l'esame delle feci che facilmente metteranno in evidenza emorragie occulte persistenti, l'esame radiologico e sopratutto i risultati del trattamento orienteranno senza dubbio. I medicamenti che calmano l'ulcera non influenzano che debolmente il cancro.

Le stenosi piloriche provocano ugualmente do-

lori epigastrici. La difficoltà spesso consiste nel differenziare bene una stenosi spasmodica da una stenosi organica, poichè la sintomatologia nella maggioranza dei casi è pressochè identica e la radioscopia spesso lascia dei dubbi.

Al contrario la radioscopia da sola permette la diagnosi di stomaco biloculare.

La perigastrite si osserva sopratutto come conseguenza dell'ulcera. In tutte queste forme un intervento chirurgico può divenire necessario, non essendo questo giustificato, ad eccezione che nel cancro, che dalla persistenza dei dolori divenuti ribelli al trattamento medico.

(*Journal des praticiens*, n. 17, 1927).

A. POZZI.

I dolori toracici nella tubercolosi polmonare.

Le manifestazioni dolorose nel corso della tubercolosi polmonare sono ben lungi dall'essere un sintomo costante.

E. Zamboni (*Tubercolosi*, fasc. 7, luglio 1927) ha studiato il sintomo dolore in 2000 casi di tubercolosi polmonare, ed ha osservato che esso manca quasi sempre nelle forme acute e diffuse (miliare, forme caseose, forme cavitarie, ecc.), concordemente al fatto che in questi casi la pleura, per la rapidità del processo, non è quasi mai lesa; mentre lo ha riscontrato con grande frequenza nelle forme croniche o subcroniche, specie nella tubercolosi infiltrativa, peribronchiale, e sclerosante.

Di conseguenza dà molta importanza all'esatto rilievo di questo sintomo, anche dal punto di vista prognostico.

M. SABATUCCI.

CASISTICA.

Le forme dell'ittero catarrale.

P. Klemperer, J. A. Klian e G. Heyd (*Archives of pathology and laboratory medicine*, nov. 1926) distinguono tre forme dell'ittero catarrale:

1) dovuta ad ostruzione del coledoco, consecutiva ad un catarro gastro-intestinale, il vero ittero catarrale;

2) dovuta alla degenerazione ed alla necrosi epatica a focolai multipli, di origine ematogena;

3) dovuta ad un'angiocolite, il più spesso di origine ematogena.

Il fattore eziologico responsabile della seconda forma non è conosciuto; forse trattasi di tossine microbiche di tipo vario. È probabile che la terza forma derivi da bacilli paratifici atipici.

I disturbi della funzione epatica, che esistono nella seconda forma devono indurre ad osservare accuratamente il malato, prescrivendogli un regime severo allo scopo di evitare l'aggravamento dei disturbi epatici. Gli antecedenti, la presenza di urobilina nelle urine, i risultati positivi delle diverse prove di funzionalità epatica permetteranno di distinguere i casi di questa forma da quelli della prima categoria. Per differenziare la seconda dalla terza forma, sono necessarie nuove ricerche.

fil.

Ittero infettivo (epidemico).

Epidemie di ittero sono state descritte sin dal 1745, epoca in cui Gleghorn ne rilevò la prevalenza a Minorca. Poco più di un secolo dopo Weil pubblicò 4 casi con un quadro sintomatico ben netto: febbre, ittero, epato- e splenomegalia, emorragie. Nulla, pertanto, era noto circa l'etiologia, quantunque i primi osservatori attribuissero non poca importanza alle acque inquinate. Nel 1914 Inada e Ido riuscirono ad isolare una spirochete estremamente mobile, della lunghezza di 7 a 14 μ, in un malato sofferente della forma giapponese del morbo di Weil, malattia che da allora è conosciuta col nome di spirochetosi ittero-emorragica.

Noguchi nel 1917 dimostrò che detta spirocheta era caratterizzata da spirali estremamente fini e propose che venisse denominata *leptospira*. Sia durante che dopo la guerra mondiale la malattia si è manifestata in diversi paesi, sia in forma epidemica che sporadica. Una di queste epidemie — diffusasi nell'East Lothian nel 1923 tra gli operai delle miniere di carbone — è stata dettagliatamente studiata da G. Buchanan, il quale ne ha fatto oggetto di una interessante pubblicazione. Egli riporta le storie cliniche di 22 casi, diagnosticati in base ai sintomi clinici e alla presenza della spirocheta nelle urine, e confermati in 2 casi dalla trasmissione della malattia agli animali per mezzo dell'inoculazione delle urine. I sintomi presentati dai malati erano i seguenti: senso di malessere improvviso con cefalea, dolori vaghi per tutto il corpo, sintomi gastro-intestinali, febbre alta, lieve epistassi, comparsa di ittero verso la 5ª giornata, caduta della febbre verso l'11ª o la 12ª giornata e infine il reperto della spirocheta specifica nelle urine. Dei 22 casi descritti, 5 ebbero esito letale. Si ritiene che i topi e i gatti selvatici siano gli agenti trasmettitori della malattia. Ricerche di laboratorio hanno dimostrato la presenza di una lieve linfocitosi negli animali nei primi giorni dopo l'infezione sperimentale, e l'autore pensa che questo reperto possa avere un certo valore per la diagnosi dei casi umani. Buchanan ritiene che nei casi umani l'infezione penetri nell'organismo più verosimilmente attraverso le abrasioni cutanee o la mucosa nasale od oculare per mezzo delle mani

contaminate, piuttosto che attraverso le vie digerenti. Ricerche intese a scoprire altre possibili sorgenti dell'infezione hanno rivelato la presenza di leptospire nel limo fungoso, che pende dal tetto di alcune miniere di carbone, e nelle acque stagnanti. Per ciò che riguarda la diagnosi, l'esame del sangue per la ricerca della spirocheta ha dato esito negativo in tutti i casi; negative sono state anche le inoculazioni di sangue nelle cavie. Però soltanto 3 casi sono stati esaminati con questi metodi fino a sette giorni dopo l'inizio della malattia. I risultati ottenuti mediante gli esami e le inoculazoni di urine sono stati più incoraggianti, ma anche questi sono stati incerti; nè si sono avuti risultati definitivi dalle prove sierologiche. L'A. sostiene, tuttavia, che nei casi di ittero, nei quali i sintomi clinici indirizzano verso una forma spirochetica e nelle urine si trovano le spirochete, la diagnosi di ittero spirochetico è giustificata. È stato preparato anche un antisiero specifico, la cui azione si è dimostrata incerta. Dal punto di vista della profilassi si consiglia sopratutto il drenaggio e la disinfezione delle miniere di carbone infette e la distruzione dei topi, dato che più di un terzo dei topi del distretto di Edimburgo esaminati erano portatori di spirochete. (*The Lancet*, 7 maggio 1927)

NUNZIO MARZO.

Il morbo di Brill.

Il virus del tifo esantematico non dà solo la terribile forma epidemica nota, ma può provocare anche una forma più benigna nota come *tifo endemico benigno* o morbo di Brill dall'A. americano che lo individualizzò.

Netter (*Bull. de l'Ac. de Méd.* n. 29, 19 luglio 1927) ne fa una interessante comunicazione. Brill dell'Hospital Bellevue di New-York nel 1897 segnalò delle forme morbose a decorso tifosimile con Widal negativa. Nel 1902 ritenne che si potessero identificare come paratifi, ma essendo riuscite negative anche queste agglutinazioni specifiche nel 1910 egli descrisse una « *malattia nuova offrente una grande analogia sintomatica col tifo esantematico; inizio improvviso; apparizione precoce di una eruzione disseminata su tutti i punti del corpo, che non scompare totalmente sotto il dito; durata media da dodici a quattordici giorni; termine per defervescenza critica o per lo meno per lisi rapida di non più di quattro giorni; notevolmente benigna, non contagiosa, insorgente per lo più nella estate* ».

Nel 1912 Anderson e Goldberger riescono ad inocularlo nelle scimmie, e provano che quelle che hanno contratto questo male non sono più recettive per il tifo messicano, e viceversa le scimmie che preventivamente hanno contratto il tifo messicano non si riescono ad infettare con questo male. La malattia viene poi segnalata in altre parti del globo. Nel 1923 Maxcy e Havens mettono in evidenza nel sangue di questi malati un potere agglutinante per il proteo X19. La natura tifica e. del M. di Brill è ben fondata, la sua benignità è certa, si resta meravigliati della sua scarsa contagiosità. Di più da tutti fu notata l'assenza quasi costante, sui malati e sui loro vicini, dei pidocchi che hanno tanta importanza epidemiologica per il tifo esantematico. Per il M. di Brill si deve incriminare un altro veicolo per il virus e il serbatoio a cui questo è attinto non deve essere l'uomo. Si pensa giustamente ai topi o sorci; in alcuni paesi la m. coincise perfino con epizoozia di topi tanto che la popolazione parlava di malattia di topi « *mause disease* ».

L. TONELLI.

TERAPIA.

Profilassi della nefrite scarlattinosa.

Nella riunione del 26 aprile u. s. della Reale Società di medicina di Londra, A. Osman e H. Carter (*The Lancet*, 7 maggio 1927) hanno comunicato i risultati dei loro studi sul trattamento profilattico della nefrite scarlattinosa. Osman, in alcune sue precedenti ricerche riguardanti la cura delle diverse forme di nefrite, avea notato che quando l'urina dei malati presentava una reazione alcalina, la quantità di albumina era minore e la quantità delle urine maggiore di quanto si verificava quando l'urina, invece, presentava una reazione acida. Da questa constatazione era stato portato allo studio dell'alcalinità del sangue. Mentre era intento a queste ricerche gli capitò sotto l'osservazione un caso di anuria, causato verosimilmente da una forte dose di sanocrisina. L'anuria scomparve in seguito alla somministrazione di alte dosi di alcalini. In altri due casi consimili si ebbero gli stessi effetti. Gli AA. allora hanno pensato di studiare l'azione degli alcalini nella nefrite e nell'albuminuria che si presentano nel corso della scarlattina, somministrando in un gran numero di scarlattinosi, e per lungo tempo, dosi variabili di alcalini (citrato di potassio e bicarbonato di sodio a parti uguali). I malati non trattati servivano di controllo.

Dopo un certo periodo d'osservazione fu notato che una piccola dose giornaliera di gr. 0,90 non era sufficiente, per cui si dovette aumentare fino a raggiungere una dose, mediante la cui somministrazione l'albuminuria e la nefrite parvero manifestarsi in una percentuale assai minore di quanto avveniva nei controlli. Gli AA., nella loro comunicazione, hanno richiamato l'attenzione sulla frequenza della nefrite che complica la scarlat-

tina. Poichè la nefrite scarlattinosa non è molto comune, vi è la tendenza a considerarla come non esistente e perciò niuna misura profilattica viene escogitata per prevenirla. Tuttavia, se tutti i casi di scarlattina nei vari ospedali venissero ben osservati, sarebbe facile riscontrare che l'albuminuria è presente dal 3 al 5 % e la nefrite dall'1 al 2 % dei casi. Gli AA. in 336 casi hanno notato l'albuminuria nel 5,5 %; mentre in un'altra serie di 316 casi la nefrite era presente nel 2,9 % dei casi. La presenza dell'albuminuria è per se stessa significativa. Essa è l'espressione di un'alterazione del tessuto renale ed avverte il medico della possibile insorgenza di una nefrite anche grave, se non vengono messe in atto le misure profilattiche. La nefrite con presenza di emazie e cilindri nel sedimento è una complicazione grave, non solo per il pericolo immediato dell'uremia, ma altresì per i processi infiammatori subacuti e cronici che possono persistere nel rene. Pur essendo la scarlattina una malattia non molto grave, la nefrite che spesso insorge come complicazione può essere gravissima. Anche la media dell'1 % della nefrite e del 5 % dell'albuminuria è da prendersi in una certa considerazione, quando si tien conto della frequenza della scarlattina nella popolazione. La casistica di Osman e Carter dimostra che la somministrazione di alcalini fa diminuire notevolmente la frequenza dell'albuminuria e della nefrite e le vedute di questi AA. sono molto interessanti per coloro che si occupano di malattie infettive.

N. MARZO.

Il trattamento dell'albuminuria ortostatica.

La patogenesi dell'albuminuria ortostatica riconosce secondo J. Sénane (*La Clinique*, 1927, n. 83): 1) Fattori extrarenali, quali disturbi circolatorî (lordosi e ptosi viscerale reno-colica), modificazioni della crasi sanguigna (stato di anemia) ed esagerazione del lavoro cellulare (dovuto alla crescenza, ragione per cui l'albuminuria ortostatica si osserva più spesso nei ragazzi e negli adolescenti). 2) Fattori renali, cioè debolezza renale, spesso ereditaria, dimostrata da sintomi coesistenti, cioè: oliguria nella stazione eretta, diminuzione dell'escrezione ureica nell'urina delle 24 ore ed aumento della costante di Ambard, diminuzione del funzionamento renale dimostrato dalla prova alla fenolsulfonftaleina.

Nel trattamento, si deve anzitutto limitare il progredire di una eventuale nefrite parcellare esistente e si consiglierà:

1) Regime tonico ricostituente; quindi, non regime latteo, nè declorurato, nè ipoazotato, ma regime sostanzioso, mediocremente salato, con composizione normale di elementi azotati ed equilibrato in modo da tener conto dei bisogni di un organismo che cresce. Le carni e le uova si useranno ben cotte e si elimineranno dal regime gli alimenti acidi e quelli ricchi in ossalati, le conserve, le bevande alcooliche.

2) Portare una cintura addominale contro la ptosi renale; fare frequenti periodi di riposo in posizione orizzontale, massaggi, frizioni con guanto di crine e linimento alcoolico, doccie, esercizi di ginnastica svedese.

3) Medicamenti tonici: sciroppo jodotannico, fosfati, glicerofosfati, fitina, adrenalina.

4) Medicamenti ad azione renale: lattato di stronzio, cloruro di calcio.

5) Cure idrominerali con acque calciche.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La tiemia.

La tiemia è l'abbondanza di zolfo nell'ambiente sanguigno. L'eliminazione urinaria è il riflesso del funzionamento dell'organismo e quindi il dosamento dello zolfo urinario è sufficiente per l'apprezzamento della tiemia; ma un disturbo della funzione renale può modificare la quantità di zolfo eliminata, sicchè è meglio dosare lo zolfo nel sangue.

Lo zolfo entra nella proporzione di 1 a 9 per cento nella costituzione di tutte le albumine. Si trova nel sangue dello *zolfo di costituzione*, che è quello dei globuli e delle albumine del siero e dello *zolfo circolante*, che è di mantenimento o di rifiuto e che si trova nel siero, dopo la precipitazione di tutte le albumine.

Lo zolfo di costituzione subisce delle variazioni di difficile apprezzamento. Allo stato normale, in un adulto a digiuno da 6 ore, lo zolfo circolante rappresenta circa g. 0.7 a 0.10 per litro di siero; in questa cifra, lo zolfo dei solfati, o zolfo ossidato, entra nella proporzione di 80 %, e quello neutro per il 20 %.

Il digiuno riduce lo zolfo sanguigno di qualche milligrammo; l'alimentazione carnea produce entro 3 ore degli aumenti di 3-4 centigrammi.

Nella gravidanza, si può arrivare a g. 0.15.

L'aumento dello zolfo sanguigno sembra caratteristico di alcuni stati patologici: polmonite, bronco-polmonite, pleurite purulenta, tubercolosi, cancro, processi emolitici, porpore, poliglobulie. I rapporti dello zolfo ossidato a quello neutro, rimangono identici.

L'ipertiemia non ha che un mediocre valore diagnostico.

La diminuzione dello zolfo ossidato ha valore pronostico, poichè indica un'alterazione dei pa-

renchimi organici. Si trova negli stati infettivi gravi, nelle cardiopatie scompensate, quando il fegato ed i surreni sono alterati.

Le quantità più elevate dello zolfo neutro si trovano negli stati pigmentari.

Lo zolfo dell'organismo proviene dagli alimenti o dai tessuti per un processo di desintegrazione. Vi è un meccanismo regolatore nel consumo dei tessuti che utilizzano lo zolfo per farne delle albumine o che lo fissano per farne del pigmento; così pure nell'eliminazione da parte dei peli, della pelle, del polmone e specialmente della bile e dei reni.

Il fegato fissa lo zolfo, lo ossida e ne forma dei solfati; lo combina all'indolo, allo scatolo, ai fenoli e cresoli che provengono dall'intestino, per farne dei solfoconiugati aromatici; infine lo elimina, con la bile, in forma di taurina.

Anche i surreni fissano lo zolfo, specialmente quello neutro.

La pelle ed i peli servono all'eliminazione dello zolfo; questo si combina ai prodotti aminati, per fare della melanina.

Può darsi, osserva M. Loeper, (*Progrés médical* e *Presse médicale*, 22 gennaio 1927) che l'aumento della melanina o l'accentuazione della sua colorazione sia la conseguenza di tale eliminazione.

Si può ammettere che gli epatici od i surrenali siano pigmentati, in parte per questa ragione, che cioè il loro sangue contiene un eccesso di solfo non ossidato.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Alterazioni nelle fiale di siero. — Al dott. S. P., da R.:

L'*odore marcatissimo di putrefazione* da lei avvertito all'apertura delle fiale di siero indica qualche alterazione. Sarebbe utile farne eseguire l'esame da un buon laboratorio batteriologico, anche per stabilire le eventuali responsabilità della ditta estera che le ha preparate. Il fatto invece che la fialetta immersa in acqua calda sia scoppiata è naturale e dovuto alla dilatazione dell'aria contenuta nella fialetta stessa, in conseguenza del calore. *fil.*

Al dott. P. Bini, da Viareggio:

Per l'acquisto di preparati di istologia normale e patologica, si rivolga alla Ditta Koristka (via Pasquirolo, Milano) che, in questi ultimi tempi, ha cominciato a metterne in vendita. Può anche rivolgersi a qualche laboratorio di anatomia patologica, presso le Università. *fil.*

VARIA.

I vantaggi igienici dell'attuale moda femminile.

F. N. K. Menzies, ufficiale sanitario del « County Council » di Londra, nella sua ultima relazione rileva i vantaggi igienici dell'attuale moda femminile, inerenti sovratutto all'abolizione del corsetto, che comprimeva e strozzava importanti organi toracici e addominali, e all'abolizione delle giarrettiere, che ostacolavano la circolazione negli arti inferiori. Col corsetto è scomparsa la clorosi, che i medici di questa generazione ricordano, ma che sarà del tutto sconosciuta a quelli della generazione prossima. Merita lode incondizionata anche l'accorciamento delle vesti, che un tempo raccattavano polvere e ogni specie di sudiceria. I capelli corti vengono tenuti più facilmente puliti. La tendenza a scoprirsi sempre di più permette l'azione benefica della luce solare, attraverso la pelle, il che concorre a ridurre la tubercolosi, che è quasi dovunque in sensibile diminuzione.

(*Ann. d'Ig.*, feb. 1927).

Effetti del taglio sullo sviluppo dei peli.

R. J. Seamour (*Amer. Journ. of Physiology*, 1° ott. 1926) ha eseguito delle auto-osservazioni, nel corso di tre anni, dalle quali risulta che il taglio stimola lo sviluppo dei peli facciali: lo sviluppo è più rapido subito dopo aver passato il rasoio, poi va rallentandosi. La rapidità di sviluppo è stata diversa in varie epoche, ma non fu possibile di stabilire alcun rapporto con la temperatura o con la stagione. La lieve iperemia prodotta dallo strofinamento per l'insaponatura non sembra avere parte nell'accelerazione di sviluppo che segue immediatamente all'azione del rasoio.

(*Ann. d'Ig.*, feb. 1927)..

Effetti tossici delle tinture per capelli.

L. K. McCaffery (*Archives of Dermatol. a. Siphilography*, ag. 1926) trova che le tinture vegetali, come l'henné, o quelle a base di mallo di noci, sono innocue; invece tutte le tinture minerali sono dannose. L'henné « composto » è dannoso a causa delle sostanze minerali che contiene: per solito la quatità di henné vi è scarsa. Anche le sostanze coloranti organiche, di cui è prototipo la parafenilendiamina, sono dannose. Gli scoloranti, come l'acqua ossigenata, se usati in copia possono provocare fragilità e rottura dei capelli. I depilatori sono tutti dannosi e bisognerebbe vietarne l'uso negli « istituti di bellezza ».

(*Ann. d'Ig.*, feb. 1927).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXXIV. — Dispensa dal servizio per limiti di età.

Il Comune può dispensare dal servizio il medico condotto per limiti di età? La giurisprudenza del Consiglio di Stato ha, sin ora, risposto negativamente.

Ma può il Comune stabilire, con norma del regolamento locale, la dispensa dal servizio per limiti di età? Questo speciale aspetto della controversia non è stato ancora esplicitamente considerato. Recentemente, con decisione 28 gennaio 1927 N. 23, la V Sezione, in una controversia tra gli Ospedali Riuniti di Napoli e il prof. Liguori, riferendosi genericamente agli impiegati delle pubbliche amministrazioni, ha ritenuto che queste possano modificare gli ordinamenti organici anche per le norme riguardanti il limite di età, ma ha soggiunto che non possono applicare norme nuove, per il limite stesso, quando abbiano rinunziato a tale facoltà nei riguardi di un dipendente mediante atto di transazione in seguito a sentenza dell'autorità giudiziaria. Da questa concreta e particolare risoluzione si può desumere la tendenza ad ammettere, generalmente e in massima, la legittimità delle norme dei regolamenti locali che stabiliscano la cessazione del rapporto di impiego per limiti di età? Se ben si considera il contenuto della decisione, in rapporto al caso allora controverso, si deve riconoscere che la quistione, alla quale noi accenniamo, non è, per i medici condotti, assolutamente pregiudicata, perchè per essi si presenta con elementi propri.

Io sono persuaso che il Comune non soltanto non possa deliberare il licenziamento per limiti di età ma non possa nemmeno attribuirsi questo potere con norma del regolamento organico.

La formazione, lo svolgimento e la estinzione del rapporto d'impiego sono regolati, in parte, direttamente dalla legge, con norme imperative. La volontà dei soggetti del rapporto — anche quella del Comune, che pure è dotato di supremazia — non ha giuridica rilevanza se è contraria alla legge o se si manifesti, fuori di essa, in un campo che sia sottratto alla discrezionalità. In altri termini, quando la legge prescrive che il rapporto si debba costituire, svolgere ed estinguere con determinate forme e per il verificarsi di cause e condizioni astrattamente prestabilite non può il Comune sostituire norme contrarie o diverse. La nomina deve esser fatta per concorso, con la osservanza di determinate forme; la stabilità si acquista dopo due anni di prova; il rapporto cessa per inabilità, ecc., ecc. A queste norme non possono sottrarsi i soggetti del rapporto d'impiego. Essi non possono volere che la stabilità si acquisti dopo un anno o dopo tre o che il medico possa essere licenziato senza motivi gravi. Certamente il Comune ha poteri discrezionali agli effetti della costituzione, dello svolgimento e della estinzione del vincolo, ma questo potere è limitato dalla norma giuridica che disciplina imperativamente il rapporto d'impiego. In tal caso la norma proietta un cono d'ombra, al limite del quale si arresta il potere del comune.

Per risolvere la controversia che è oggetto di questa nota, si deve stabilire in quale misura competono al Comune poteri discrezionali agli effetti della determinazione delle cause e delle forme della cessazione del rapporto d'impiego. Se c'è potere discrezionale, generalmente c'è anche potere regolamentare, eccettuate s'intende quelle determinazioni che devono essere stabilite necessariamente in base a valutazione, caso per caso. Il Comune può limitare i suoi poteri, dato che, limitandoli, non si ponga in contrasto con una norma giuridica obbligatoria; ma non può estenderlo, perchè violerebbe i limiti stabiliti dalla legge alla sua attività: in altri termini agirebbe contro l'ordinamento giuridico che domina la sua sfera di attribuzione e la sua azione amministrativa.

Posti questi criteri generali, consideriamo più da vicino il sistema giuridico concernente la efficacia e la estinzione del rapporto d'impiego per le condotte medico chirurgiche.

« Il medico condotto acquista diritto alla stabilità dell'ufficio e dello stipendio dopo due anni di prova in un medesimo Comune o consorzio di Comuni » (art. 31 T. U. leggi sanitarie). Soggiungeva l'art. 34: « Trascorso il periodo di prova, il Comune non può licenziare il medico condotto *se non* per motivi gravi da essergli contestati ». Anteriormente al decreto 30 dicembre 1923 n. 2889 furono considerati motivi gravi anche quelli inerenti alla inidoneità non colpevole. Ora però il sistema giuridico è più chiaro e completo. L'articolo 38 del Decreto 30 dicembre 1923 prevede i provvedimenti disciplinari e stabilisce che « quando si tratti di licenziamento devono concorrere motivi gravi ». Soggiunge l'art. 41: « il medico,

(*) La presente rubrica è affidata all'avv GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

il veterinario..., che siano riconosciuti *inabili*, possono essere dispensati. La deliberazione di dispensa deve essere adottata nei modi e con le forme dell'art. 38 del presente decreto ».

L'art. 40 stabilisce determinate incompatibilità. La legge regola, dunque, compiutamente lo stato giuridico inerente alla stabilità: dopo due anni di prova, il rapporto di impiego diviene stabile; per questa sua particolare efficacia, eccettuato il caso della estinzione per soppressione del posto, il rapporto è destinato a permanere e non può essere risoluto, per atto unilaterale del Comune, se non per cause espressamente definite dalla legge: gravi motivi disciplinari; incompatibilità; inabilità al servizio.

È importante quest'ultima specificazione perchè ne risulta che la legge, regolando le cause che possono essere considerate legittime, prevede la inabilità effettiva e accertata e non la inidoneità presunta sulla base dell'età. Questa, certamente, può costituire motivo concorrente, ma se ed in quanto dal peso degli anni derivi una condizione di inabilità.

Così le esigenze del servizio sono sufficientemente tutelate e la specificazione delle cause di risoluzione del rapporto di impiego si coordina con la dichiarazione del principio della stabilità dell'ufficio.

Il sistema legale è, quindi, completo ed è anche imperativo. La volontà dell'ente è inefficace oltre i casi e fuori delle forme da esso stabilite agli effetti della stabilità.

Perciò è stato costantemente dichiarato che il Comune non può licenziare il medico condotto per limiti di età, sia pure con forma di collocamento a riposo.

Ma il Comune può attribuirsi questo potere con disposizione del regolamento organico?

Dispone l'art. 43 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889: « uno speciale regolamento per ciascun Comune o consorzio... provvede intorno allo stato giuridico del personale sanitario in analogia a quanto è disposto nell'art. 47 del Regio decreto di pari data, relativo alla riforma degli ordinamenti amministrativi provinciali e comunali, *in quanto non sia provveduto dalla legge sanitaria e dal regolamento per la sua esecuzione* ». Il potere regolamentare del Comune è, quindi, esplicitamente limitato, in conformità dei principii generali del diritto pubblico.

Come si è detto, il potere regolamentare, che presuppone discrezionalità, non può essere esercitato contro la legge o in un campo compiutamente disciplinato da essa con norma imperativa. Perciò chiarisce l'art. 43: « in quanto non sia provveduto dalla legge sanitaria e dal regolamento per la sua esecuzione ».

Le cause che possono legittimare la risoluzione del rapporto di impiego stabile sono specificate dalla legge (motivi disciplinari gravi, incompatibilità, inabilità): ad esse non può il Comune aggiungerne altre. Se ne aggiunge, si pone contro una norma giuridica. (Nel caso di soppressione del posto, la dispensa dal servizio è l'effetto di un provvedimento amministrativo legittimo che fa cessare l'obbietto stesso della prestazione: questa ipotesi è, quindi, essenzialmente diversa da quella che qui è esaminata).

La legge considera causa legittima la inabilità *effettiva* (ed accertata, con determinate forme); il Comune non può, dunque, modificare questa determinazione legale aggiungendovi o sostituendovi una ipotesi di inabilità *presunta* per età. Così provvedendo il Comune si pone contro lo stato giuridico regolato dalla legge e specialmente contro le disposizioni degli art. 38 e 41 e supera i limiti esplicitamente segnati al suo potere dall'art. 43, in quanto esso regola le cause del licenziamento alle quali ha già provveduto la legge. Se il Comune non può dispensare dal servizio, per inabilità presunta, con provvedimento singolare e caso per caso in rapporto a determinate situazioni, tanto meno può stabilire, con norma generale, che l'età è, senz'altro, causa di dispensa.

Talvolta il collocamento a riposo per limiti di età corrisponde a speciali esigenze, indipendentemente dalla presunzione di inidoneità, ed è coordinato al trattamento di pensione; ma è la legge che lo stabilisce. Per i medici condotti, la legge che regola la Cassa di previdenza fissa soltanto i limiti di età e di servizio minimi per la pensione, la quale non è coordinata a particolari norme per il collocamento a riposo. E la legge sanitaria, specificando le cause della estinzione del rapporto stabile, cioè di un rapporto *qualificato* e destinato a permanere sino al verificarsi delle cause previste dalla legge, non considera la età.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Il Congresso dei medici condotti.

Col concorso di oltre 400 congressisti venuti da ogni parte d'Italia si è inaugurato a Siena, il 17 sett., il 20° Congresso nazionale dei medici condotti, nella grande sala del Mappamondo del civico Palazzo.

È intervenuto al Congresso in rappresentanza del Governo nazionale fascista, l'on. Bottai, sottosegretario alle Corporazioni. Tra le personalità che hanno assistito alla cerimonia inaugurale erano il Prefetto, l'on. Baiocchi, segretario federale dei Fasci, il Podestà di Siena, l'on. Sarrocchi, il vicario generale dell'archidiocesi, il presidente della Deputazione provinciale e i rappresentanti delle autorità militari, giudiziarie, fasciste e sindacali.

Ha preso per il primo la parola il dott. Bicchi, presidente del Comitato organizzatore del 20° Congresso, il quale ha rivolto agli intervenuti il saluto dei colleghi della Provincia di Siena, augurando che i lavori del Congresso possano veramente realizzare un beneficio per la classe medica.

Ha seguìto il Podestà di Siena, porgendo ai congressisti il saluto della città, orgogliosa dell'onore concessole di ospitare i rappresentanti della grande famiglia medica italiana.

Ha preso poi la parola l'on. Baiocchi, segretario federale dei fasci senesi, il quale ha rivolto ai convenuti il saluto del partito fascista per la provincia di Siena. Hanno poi parlato il prof. Vacino segretario generale dell'Associazione nazionale medici condotti e il comm. Lusignoli segretario generale della Associazione del pubblico impiego, e finalmente ha pronunziato un importantissimo discorso l'on. Bottai.

Daremo prossimamente il resoconto dei lavori.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALATRI (*Frosinone*). — Due condotte; v. fasc. 37. Scad. 30 sett.

ALESSANDRIA. *Opere Pie Ospitaliere*. — Primario di ostetricia e ginecol.; L. 500 ridotte di 1/20; 45 % proventi atti operativi; titoli ed eventualm. esame; età lim. 40 (45) a.; chiedere ann.; scad. ore 17 del 15 ott.; tassa L. 50.15; docum. non anter. al 1° lug. Rivolgersi Segreteria.

BASSANO (*Vicenza*). — L. 12,000, 6 quadrienni del 1/10, c.-v. Scad. 30 sett.

BELLUNO. — 4° riparto; al 5 ott.; L. 9000, oltre c.-v. e addizion. L. 5 tra 1000 e 1200 pov., L. 3 per i 200 success. e L. 2 oltre; L. 3000 trasp. cav. od automob.; abitaz. verso medico fitto; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 3 sett.

BRESCIA. *Amministrazione Provinciale*. — Coadiutore della sezione medico-micrografica del Laboratorio provinciale d'igiene e di profilassi. Scad. ore 16 del 20 ott. Rivolgersi Segreteria generale.

BRIENZA (*Potenza*). — L. 6000, 1000 per uff. san., sei quadrienni del 1/12. Scad. 30 sett.

CARMIGNANO (*Firenze*). — Due condotte L. 8500, 8 trienni del 1/10; trasporto 3000. Scad. 30 sett.

CARRARA. *Ospedale Civile*. — Chirurgo primario e medico primario; proroga a tutto 30 sett.; vedi fasc. 37.

COMACCHIO (*Ferrara*). *Congregaz. di Carità* — Primario chirurgo direttore dell'Ospedale S. Camillo; al 30 ott.; vedi fasc. 37.

DUEVILLE (*Vicenza*). Cond. I Rip. Rivolgersi al Municipio. Scad. 30 sett.

FORMELLO (*Roma*). — Ab. 1200 c. riuniti; lire 10,500; addiz. L. 4 oltre i 1000 (*sic*) pov.; abitaz. grat.; L. 660 tempor. arm. farm.; tassa L. 50.10; doc. a 6 mesi dal 30 ag.; scad. 50 gg. dal 30 ag.

GALLUZZO (*Firenze*). — Condotta di Impruneta. Vedi fasc. 38. Scad. 5 ottobre.

GENOVA. *R. Prefettura*. — Due uff. san. consorziali; scad. 1° ott.; vedi fasc. 36.

GIFFONI V. P. (*Salerno*). — Scad. 16 ott.; seconda zona; L. 6200 (*sic*); indenn. cav. Per schiarimenti rivolgersi Segreteria com.

GUBBIO (*Perugia*). — Condotte rurali del VI, VII, X reparto. V. fasc. 38. Scad. 30 sett.

MANTOVA. — Medico aggiunto all'ufficio d'igiene; Scad. 5 ott. V. fasc. 38.

MANTOVA. — Medico del Dispensario comunale per profilassi e cura della sifilide e m. veneree; v. fasc. 37. Scad. 30 sett.

MASON VIC. (*Vicenza*). — Scad. 30 settembre; L. 8000 fino a 1000 pov.; L. 300 ogni 100 pov. in più; L. 400 uff. san.; c.-v.; 10 % serv. attivo; 6 quadr. dec.; età limitata 48 a.; tassa L. 50.15.

MERETTO DI TOMBA (*Udine*). — Scad. 30 sett.; L. 8000 per 1000 poveri, L. 1.50 ogni povero in più. Tassa L. 50.15. Rivolgersi Segr. Com.

MILOCCA (*Caltanissetta*). — L. 9000, uff. san. 500, trasporto 1000; 5 quinquenni di L. 800. Età massima 40, salvo eccezioni. Scad. 30 sett.

MONTEGROSSO D'ASTI (*Alessandria*). — Scad. 10 ott., ore 18; L. 7000 e 4 quinq. dec., nonchè lire 2000 trasp. e L. 1000 uff. san.; serv. entro 15 gg.; tassa L. 50.20.

MONTICHIARI (*Brescia*). — Scad. 30 sett.; vedi fasc. 34.

NOVARA. — Proroga 30 sett.; vedi fasc. 37.

PALERMO. *Ospedale Civico*. — Ispettore sanitario; età 25-40 a.; doc. a 3 mesi dal 7 sett.; biennio di prova; L. 10,000 e 4 quadr. dec., oltre c.-v. Scad. ore 14 del 5 ott. Chiedere ann. Rivolgersi all'Amm. (via 4 Aprile).

POPOLI (*Pescara*). *Ospedale SS. Trinità*. — Chirugo direttore; L. 250 (*sic;* v'è probabilmente errore: mancheranno due zeri) annue; nom. fino a 65 a.; obbligo della residenza fissa in Popoli; età lim. 40 a.; docum. a 3 mesi dal 30 ag.; scad. 30 gg. dal 30 ag.; serv. entro 15 gg.

REGGIO CALABRIA. — Radiologo Istituto Diagnostico (Ente morale). L. 10,000, percentuale 30 %. Scad. 15 ott.

RESIA (*Udine*). — A tutto 30 sett.; L. 9000, oltre L. 500 serv. attivo, L. 3500 trasp., L. 900 uff. san., c.-v.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti*. — Concorso a tre primarî; v. fasc. 37. Scad. 15 ott.

S. AGATA FELTRIA (*Pesaro*). — Condotta del I riparto; vedi fasc. 38. Scad. 29 sett.

TARANTO. — Direttore sezione medico-micrografica del laboratorio prov. di igiene. Età massima 45 (salvo per gli aiuti ed assistenti di medicina e chimica, e per chi presta servizio in laboratori). L. 16,000 aumentabili a 17,800 dopo il secondo quadriennio; indennità 4200, c.-v. Esami a Bari, consistenti in 2 prove scritte, 4 pratiche, 1 orale. Servizio entro 30 giorni. Scad. 31 ottobre.

URBINO. — Cond. rurale residenziale (Canavaccio), superficie kmq. 36, con 3089 ab.; L. 9000, 4 sessenni del 1/10; L. 2 per ogni povero in più oltre i 500; indennità serv. 1500, cavalc. 3000. Età massima 40. Scad. 30 sett. Serv. entro un mese.

VICENZA. *Ospedale Civile*. — Scad. 15 ott.; vedi fasc. 37.

Nota. — Quando non è altrimenti indicato i posti si riferiscono a condotte mediche.

CONCORSI A PREMI.

La « Rivista di terapia moderna e di medicina pratica », bandisce tre concorsi a premi, dell'importo complessivo di L. 30,000, tra i medici di nazionalità italiana, per lavori sulle applicazioni terapeutiche della forgenina e della genetina nel campo della medicina interna e delle singole specialità medico-chirurgiche e sul contributo scientifico italiano, antico e recente, nel campo della medicina interna e delle singole discipline medico-chirurgiche. (Rivendicazioni scientifiche italiane). Scad. 15 dicembre 1928. Per schiarimenti rivolgersi alla Rivista suddetta, Milano (132), via Vallazze, 39.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

A coprire la carica di medico primario nell'Ospedale Civile di Cagliari, resa vacante per la morte del prof. Giovanni Marini, è stato chiamato il dott. prof. Giuseppe Setzu, libero docente di patologia speciale medica presso la R. Università di Cagliari, già aiuto della Clinica medica della stessa Università e direttore dell'Ospedale Antitubercolare Provinciale.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Padova.

Corsi di libera docenza.

Allo scopo di sistemare i corsi di libera docenza in modo che abbiano realmente a costituire corsi integrativi degli insegnanti universitari, il Senato Accademico ha prese decisioni interessanti che ne stabiliscono alcuni limiti. Secondo tali disposizioni i liberi docenti che intendono tener le loro lezioni durante l'annata scolastica, devono presentare il programma del corso entro il settembre precedente l'annata stessa. Non saranno assolutamente presi in considerazione i programmi che arrivassero più tardi.

Saranno compensati solamente i corsi liberi che avranno raggiunti i seguenti minimi di lezioni:

15 lezioni per i corsi d'un'ora settimanale; 30 lezioni per quelli di due ore settimanali; 45 lezioni per quelli di tre ore settimanali.

Inoltre, per dare a questa categoria di docenti una comprensibile facilitazione, il prof. Casagrandi, preside della Facoltà Medica, si è interessato di far mettere a loro disposizione una speciale aula, lasciata solamente a tale destinazione. L'Amministrazione dell'Ospedale si è già impegnata a fornire questo locale.

Delle deliberazioni del Senato Accademico venne data comunicazione ai liberi docenti interessati mediante una circolare, nella quale sono avvertiti che il programma loro deve corrispondere in tutte le sue parti al titolo del corso e sono invitati a dichiarare di qual materiale tecnico possono disporre.

Guida dello studente.

L'Università ha dato alle stampe un utilissimo opuscolo accuratamente redatto dal dott. Violani, direttore della Segreteria. Si tratta di una vera e completa guida che fornisce tutte le nozioni e le norme necessarie per ben conoscere il funzionamento del meccanismo universitario. L'opuscolo è corredato di tavole sinottiche le quali riassumono in modo chiaro tutti gli ordinamenti dei corsi per gli studenti, e di quelli di perfezionamento per i medici.

Per quanto riguarda le Scuole di perfezionamento della Facoltà Medica è da notarsi che vennero già proposte le variazioni per il nuovo anno, e che il corso di Puericoltura prenatale e postnatale che venne tenuto per medici e levatrici nel passato anno scolastico 1926-27 con finanziamento dell'Opera Nazionale per la protezione dell'infanzia e della maternità, sarà ripetuto anche quest'anno per i soli medici.

La sede del corso è presso la Clinica Pediatrica.

FLF

NOTIZIE DIVERSE.

Il XVI Congresso di stomatologia.

Si è inaugurato a Milano il 17 sett. nel Castello Sforzesco il XVI Congresso italiano di stomatologia.

Presenziavano il Podestà on. Belloni e le rappresentanze delle autorità civili, nonchè numerosi scienziati e professionisti di odontoiatria, d'Italia e dell'Estero.

Il prof. Bellinzona ha rivolto parole di ringraziamento e di saluto agli intervenuti, terminando con l'augurio che la Federazione stomatologica italiana raggiunga le più alte vette per il sollievo dell'umanità sofferente.

Il Podestà on. Belloni, dopo aver rivolto il saluto della città agli ospiti, ha accennato all'opera degli stomatologi contro l'empirismo dentistico. Si è detto sicuro che le leggi fasciste porranno fine in breve tempo alle ciarlatanerie dei dentisti empirici e abusivi.

Ha parlato quindi il presidente della Federazione stomatologica prof. Di Mento, il quale ha dichiarato infine aperto il Congresso.

Dei lavori daremo notizia prossimamente.

Congressi Medici Riuniti di Parma.

Si pregano vivamente coloro che partecipano alla Esposizione del « Giornale Medico Italiano » di inviare le L. 5 che servono puramente e semplicemente alla preparazione dei tavoli dove i giornali vengono esposti.

Si ricorda che sono destinati quattro diplomi e quattro menzioni onorevoli. Inviare cartolina vaglia al prof. Luigi Ponticaccia, Ospedale Civile di Parma.

I medici stranieri del « Nord-Sud ».

Come abbiamo già annunziato, l'« Enit » ha organizzato una gita allo scopo di far conoscere, ai sanitari di oltre confine, il nostro migliore patrimonio termo-climatico e balneare. Il gruppo è risultato di oltre 160 partecipanti, appartenenti a 16 nazionalità diverse, fra i quali molte signore. È stato guidato dal gr. uff. prof. Guido Ruata, segretario generale dell'« Enit ».

A Chianciano il gruppo è stato ricevuto dal prefetto di Siena on. Baiocchi, dal presidente della Deputazione provinciale, dai potestà di Chianciano, Montepulciano e Abbadia S. Salvatore, dai consoli Mascaretti e Curti della M. N. e da molte altre spiccate personalità; parlarono sulle acque il prof. V. Ascoli, consulente, e il prof. G. Sabatini, direttore sanitario delle Terme; ebbero luogo un banchetto di 200 coperti e un ricevimento al Grand Hôtel.

A Fiuggi recò la parola del Governo il sottosegretario alle Comunicazioni on. Pennavaria; parlò anche il direttore generale dell'Enit gr. uff. Angelo Mariotti. Agli italiani risposero i dottori Staehl, Turner e Baastrup.

Furono inviati telegrammi di saluto e di omaggio all'on. Mussolini.

Del viaggio daremo più ampia notizia prossimamente.

Corso di perfezionamento in cardiologia.

Si terrà dal 10 al 27 ott., sotto la direzione del dott. C. Laubry e di valenti studiosi, nell'Ospedale Broussais di Parigi (96, rue Didot, XIVe). Tassa d'iscrizione: 200 franchi. Le iscrizioni si faranno il giorno dell'apertura del corso.

I nuovi sub-commissari nell'Opera per la Maternità e Infanzia.

L'on. Blanc, Commissario straordinario per l'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia, nel fare al Capo del Governo il consueto resoconto periodico dell'attività dell'Opera, ha sottoposto alla di lui alta approvazione — che è stata accordata — le nomine del prof. Francesco Valagussa e del cav. gr. cr. Carlo Scotti a sub-commissari, rispettivamente per il ramo tecnico e per il ramo finanziario, e del gr. uff. Bonaventura Graziani a direttore generale.

Riorganizzazione degli Ospedali di Roma.

In conformità ad una relazione del commissario generale degli Ospedali Riuniti di Roma, gr. uff. Cotta, si procederà prossimamente alla chiusura degli Ospedali di San Giacomo (250 letti) e della Consolazione (120 letti), mantenendovi però il servizio di pronto soccorso e l'ambulatorio, e alla demolizione del Sanatorio Umberto I (450 letti); verrà ripresa la costruzione dell'Ospedale del Littorio (1080 letti, elevabili a 1500) e si provvederà alla cotruzione di un sanatorio (capace di 1000 letti, sulle colline attigue a Monte Mario) e di due ospedali per cronici (da 1000 posti ciascuno); verranno anche ingranditi e riordinati gli ospedali di Santo Spirito (da 600 a 800 letti) e di San Giovanni (da 550 a 700); al Policlinico (1400 letti) verrà aggiunto un nuovo padiglione (per l'ambulatorio chirurgico). La disponibilità di letti verrà così portata da 4270 a 6980. Se si tien conto anche di alcuni edifizi in costruzione della Facoltà di Medicina (clinica pediatrica, patologie, ecc.) la disponibilità di letti verrà ad essere quasi raddoppiata sotto l'attuale Regime.

Ingrandimento della Scuola Medica di Michigan.

È stata ultimata la costruzione di un nuovo grandioso ospedale di 700 letti, annesso alla Università di Michigan, mentre il vecchio ospedale, di 300 letti, è stato convertito in convalescenziario. Si è anche provveduto ad una unità d'isolamento, per 50 letti. Le nuove costruzioni soddisfano tutti i requisiti della tecnica ospedaliera; comprendono oltre 3,5 km. di corridoi; l'area su cui sorgono è estesa 4 ettari. Le terrazze sono trasformate in giardini pensili. Dell'ospedale fan-

no parte anfiteatri, aule e sale di conferenze, laboratorî speciali, dispensarî e ambulatorî, camere d'isolamento, camere per medici e per studenti ecc.

Il titolo di specialista in Cecoslovacchia.

La Camera dei Medici della Moravia ha denunziato il Ministro dell'Igiene alla Corte suprema, perchè egli ha autorizzato un medico ad usare il titolo di specialista, mentre la consuetudine voleva che l'autorizzazione fosse rilasciata dalle Camere dei Medici, le quali però sono organi non legalmente riconosciuti.

La Corte ha sentenziato a favore del Ministro; ma questi ha provveduto a emanare delle norme che disciplinino il conferimento del titolo.

Vengono stabiliti i rami della medicina in cui è ammessa la specializzazione, per la quale si richiede la frequenza di speciali corsi di perfezionamento ovvero la frequenza biennale di cliniche universitarie, o triennale di ospedali designati.

Consultazioni mediche per radiotelegrafia.

È salpato dal porto di Ostenda l'incrociatore belga « Zinna » diretto nelle acque della Scandinavia, con a bordo il dott. Bernard, delegato del Comitato internazionale permanente della gente di mare: egli, con l'aiuto di un radiotelegrafista, praticherà delle esperienze di consigli medici per radiotelefonia in alto mare per il personale di navi sprovviste di medico. È la prima volta che si eseguono simili esperienze.

Il 6 settembre u. s. si è spento a Cagliari il dott. prof. GIOVANNI MARINI, Medico Primario dell'Ospedale Civile. Era stato allievo di Foà e di Murri. Fu apprezzatissimo professionista ed appassionato studioso, e diverse monografie di grande valore scientifico e clinico ne attestano la solida preparazione e l'operosa attività. La Sua immatura perdita ha destato un largo rimpianto in tutta Cagliari.

P. A. TEDESCHI.

Si è spento a Follonica, in età di 65 anni, il dott. ARTURO TURILLAZZI, che per 40 anni fu medico condotto di Grosseto.

Con lui scompare una di quelle figure di medico, che al disopra degli interessi e degli onori, pongono l'esercizio della professione sanitaria come un apostolato.

Era amato da tutti i cittadini, amato ed apprezzato dai colleghi, adorato dalla famiglia.

Dott. SILVESTRONI.

La Facoltà medica bonearense ha perduto il prof. FRANCISCO A. SICARDI, di Clinica medica e il prof. JOSÈ A. ESTEVES, di neurologia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Bull. d. Sc. Med., nov.-dic. — A. AVONI. Amputazioni spontanee dell'appendice. — F. GAROFALO. Lipoma retroperiton. — D. LIOY. Trapianto della gland. interstiz.

Bull. Méd., 9-12 mar. — R. LE BLAYE e E.-A. VANDIER. Il cloridrato di chinina e urea in terapia, specialm. nella cura delle varici.

Paris Méd., 12 mar. — C. ACHARD. Classificaz. delle malattie. — J. M. PAREJA. Sindrome anginoide nella stenosi mitr.

Medic. d. Assicur. Soc., 1 gen. — A. MORI. Distrazione muscolari.

Arch. de Med., Cir., ecc., 12 mar. — V. CELADA. Pseudotumori dell'orbita.

Giorn. Ital. Dermatol. e Sifilol., feb. — J. CAPPELLI. Espressioni cliniche dell'immunità cutanea. — G. VERROTH. La protez. della pelle contro gli agenti morbosi. — G. DEL VIVO. Immunità istiogena di Besredka e sua applicaz.

Medicina Ibera, 12 mar. — F. J. ONTIVEROS e J. D'ANCOURT. Encefalite post-vaccinale.

Radiol. Med., mar. — P. PINCHERLE. Sacroileite. — G. CHIZZOLA. Trattam. della poliomielite ant. ac. — P. SESSA e R. PORTA. Colecistografia.

Acta Med. Scand., V-VI. — H. C. JACOBAEUS. Ascessi polmon. trattati col pneumot. — G. KAHMETER. Forma « periferica » dell'encefalite epid. — A. WALLYREN. Meningiti pseudo-tuberc. — P. F. HOLST. Pancardite reumatica. — Suppl. XVII. F LEEGAARD. Emodinamica nella polm. sperim. — Supplem., XVIII. M. ODIN. Produz. di acidi nel diabete m.

Arch. Gen. di Neurol., ecc., 30 dic. — C. I. URECHIA e U. MIHALESCU. Paralisi gen. e gomme miliari.

Riv. di Cl. Med., 30 gen. — V. DEBENEDETTI. Sondaggio frazionato dello stom.

Haematologica, 1. — U. PARODI. Nodulo linfatico lienale. — P. MARIA. Malattia di Verlhof.

Assistenza Soc., 2. — E. ROSSONI. Assistenza e difesa integrale del lavoro. — R. PELLEGRINI. Medicina del lavoro in Italia.

Presse Méd., 12 mar. — M. LOEPER e al. Funzione tiopessica e tiossidante del fegato. — 16 mar. — ANDRÉ-THOMAS. La riflettività sensorio-affettiva e la ripercussività. — 19 mar. J. AUCLAIR. Vaccinaz. delle cavie contro la tbc. — H.-L. ROCHERS. Lavaggio delle raccolte purulente tbc. con acqua a 60°.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., gen. — W. WILLIAMS. Placenta circumvallata — B. FRIEDLAENDER. Malattie funzionali degli org. genit. femm.

Minerva Med., 31 gen. — P. SISTO. Le determinazioni del quadro clinico.

Paris Méd., 29 gen. — ACHARD. Scopo della clinica. — ZAHRADNICEK. Fisiopatol. del sistema vegetat.

Zeit. f. Tuberk., gen. — K. v. HOLTEN. Esiti durevoli della roentgenter. nella tbc. polm.

Brain, 4. — M. CRITCHLEY e R. N. IRONSIDE. Adamantinomi pituitarî. — R. I. POSTON. Encef.

epid. vestibolare. — D. MCALPINE. Base anatom. della sindrome parkins. post-encefalit.

Deut. Med. Woch., 4 feb. — FRANK. Cure ingrassanti con insulina. — BOEMINGHAUS. Insuffic. renale nella ritenz. cron. dell'urina.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 30 gen. — C. VERGOMBELLO. Terapia delle ipertensioni.

Journ. Méd. Franç., gen. — Numero sulla patologia della prostata.

Zbl. inn. Med., 5 feb. — HARPUDER. Vitamine e avitaminosi.

Ann. de Méd., gen. — M. CHIRAY e al. La pericolecistite plastica. — E. RIST. L'analisi acustica dei suoni della percussione.

Journ. de Méd. de Paris, 31 gen. — BOSVIEL. La plastica nasale.

Bull. Méd., 2-5 feb. — R. LUTEMBACHER. Aneurismi del cuore.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., gen. — P. PIETRA. Ricerca nell'orina degli zuccheri col metodo micologico del Castellani. — P. GIANI. Come combattere l'intoller. ai composti arsenicali nella cura della sifil.

Mediz. Klinik, 18 mar. — H. GUGGENHEIMER e I. L. FISHER. Influenza dell'iodio sul cuore e sui vasi. — H. TATERKA e M. LANDOBERG. L'ultima epidemia d'influenza.

Boston Med. a. Surg. Journ., 10 mar. — H. ZINSSER. L'ipersensibilità.

Pediatria, 15 mar. — B. PESCHLE. Infezioni scarlattinosa e morbillosa associate.

Gaz. d. Hôp., 19 mar. — C DAVID. Nuovi trattamenti della blenorragia.

Rev. Med. Suisse Rom., 16 mar. — Numero in omaggio a C. Roux.

Bull. Ac. de Méd., 8 mar. — H. VINCENT. Eziologia della gangrena polm.

Soc. des Hôp., 10 mar. — P. JACQUET. Epidemiologia dell'influenza. — C. LIAN e al. Spasmo e obliterazione a tratti nelle necrosi da arterite incompletam. obliterante.

Arch. des Sciences biolog. (Mosca), 4-5. — A. PONOMAREW e al. Ricerche sul liq. c.-r. — A. J. BIELOOUSOWA. Vaccino antidissenter. e sua applicazione.

Rev. de Hyg. y Tub., 31 gen. — E. DE EIZAGUIRRE. La frenicotomia nella tbc. polm.

Arch. d. Mal. du Coeur, ecc., mar. — S. DE BOER. Natura e origine della fibrillaz.

Riv. Ital. di Actinologia, gen. — L. SPOLVERINI. La fluorescenza e la conservazione degli alimenti irradiati.

Riv. San. Sicil., 15 mar. — G. RAIMONDI. Tentativi di riproduz. sperim. della degeneraz. cerea dei muscoli striati.

Bull. Méd., 16-19 mar. — Numero sulla cardiologia.

Paris Méd., 19 mar. — Numero sulle acque minerali e la climatol.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

ANNO XXXIV — Roma, 3 Ottobre 1927 — Fasc. 40

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI IVREA.

Il saggio gastrico dell'istamina.

DOTT. VIRGINIO DEBENEDETTI, medico pimario.

Nella diagnostica gastrica il cateterismo permanente dello stomaco vuoto e digiuno, con la piccola sonda duodenale di Einhorn, ha assunto in questi ultimi anni una importanza crescente in virtù di ricerche e studi assai numerosi e non privi di interesse pratico.

Vogliamo in due parole rammentare il procedimento di quello che si potrebbe dire cateterismo secco dello stomaco. Se si fa deglutire a soggetti digiuni da 10-14 ore un tubicino sottile di gomma, alla cui estremità inferiore è armata la oliva duodenale di Einhorn, si produce, nella maggior parte dei sani, una secrezione gastrica che perdura di solito circa un'ora. Lasciando la sonda in posto si compiono estrazioni successive, ad esempio di 15 in 15 m'; i volumi e le acidità, libera e totale, di ciascuna estrazione possono essere riportati in funzione del tempo avendosi così curve di volume e di acidità analoghe a quelle dei cicli secretori da colazioni.

Il sondaggio a vuoto rappresenta il mezzo più semplice per prelevare succo gastrico nativo e praticamente quasi puro (a parte qualche inevitabile mescolanza di muco faringeo e di saliva); è un vantaggio sopratutto dal punto di vista della titolazione; che eseguita anche con i soliti indicatori — diamidoazobenzolo, fenoftaleina — offre, su un liquido limpido, chiaro come acqua, privo o quasi di albumina, delle notevoli garanzie di esattezza (1). Ma il ciclo secretorio a digiuno non si verifica in tutti i soggetti: ho detto che secrezione a vuoto si ha nella maggioranza dei sani: aggiungo che essa manca regolarmente negli ipoacidi, può mancare, essere breve e non contenere HCl libero pure in persone ad apparato gastrico intatto che reagiscono ad altri stimoli più complessi, per es. ai digestivi delle colazioni e pasti di prova, con acidità buona od addirittura superiore alla norma.

Questa ragione impedisce di applicare con frutto il cateterismo secco ad una grossa quota di

(1) Sui vantaggi offerti alla titolazione da un succo gastrico privo di sostanze che funzionino da tampone cfr. il recente lavoro di HEILMEYER e GRAUBNER, *Klin. Woch.*, n. 22, 1927; nel quale gli AA. ribadiscono idee già espresse da Katsch e Kalk ed anche da me (nel lavoro più oltre citato).

pazienti: tutti gli ipoacidi, una parte dei normoacidi. Od almeno rende indispensabile l'ulteriore esplorazione con le colazioni.

È un male perchè il sondaggio a vuoto è raccomandabile per la sua semplicità e perchè, evitando l'ingestione di colazioni — le quali si sa quanto variino a seconda del gusto degli AA. — esso costituisce l'unico testo *standardizzato* di esplorazione del chimismo gastrico.

Devesi menzionare il tentativo di Katsch e Kalk che, adottando accanto al sondaggio a vuoto l'eccitazione da iniezione di caffeina hanno allargato di poco le applicazioni del sondaggio a vuoto: infatti l'eccitazione caffeinica risulta spesso inefficace.

* * *

A Carnot, Koskowski e Libert risale il merito di aver indicato nell'istamina (i.) una sostanza che introdotta *parenteralmente* esercitata sullo stomaco un potere di eccitazione molto energico e pari a quello dovuto agli stessi pasti di prova. Una tale stimolazione è veramente ideale in quanto, esercitandosi a distanza, non turba minimamente la composizione del succo gastrico.

Che cos'è l'istamina?

Essa è una base organica (B — imidoazoletilamina) che venne individuata dapprima, insieme alla tiramina, negli estratti acquosi delle preparazioni magistrali di segala cornuta. Tiramina ed istamina sono però sostanze aspecifiche da tenere distinte dall'ergotamina, la quale ultima soltanto rappresenta il principio attivo caratteristico della segala cornuta (Rothlin).

Isolata in seguito dalla mucosa dell'intestino tenue (Barger e Dale) e poi da quasi tutti gli organi animali (John J. Abel e collaboratori) l'i. fu ottenuta da Mellanby e Twort per decarbosillazione microbica dall'istidina.

Hanke e Koessler riuscirono a prepararla sinteticamente.

L'i. esercita una potente azione di contrazione sulla muscolatura liscia dell'utero e per questa sua proprietà ha trovato impiego farmacologico in ginecologia. Iniettata sotto cute l'i. determina una cospicua secrezione gastrica con valori di acidità che raggiungono nel cane la cifra del 6 ‰. Invece per via endovenosa, orale, rettale l'i. non riveste azione gastrica (Rothlin e Gundlach).

Limiti di spazio mi impongono di non soffermarmi su dati di letteratura: l'azione gastrica dell'i. è stata studiata compiutamente sull'animale da Rothlin e Gundlach, Popielski, Koskowski, Gutowski, Keeton, Koch e Luckhardt, Lim, Suda, Ivy e Javois, Llosa, ecc.

Sull'uomo esistono ormai numerosi lavori: Carnot, Libert e collab., Matheson e Ammon, Dobson, Katsch e Kalk, Berri e Weinberger, Barco, Moretti, Chester, Keefer e Bloomenfield, Katzenelbogen e Choisy, Faber, ecc., Libert e Harmelin, Coari hanno sperimentato l'i. sui bambini.

Risulta dal complesso di questi lavori che l'azione istaminica in campo umano non differisce da quella conosciuta per gli animali.

Abbiamo dunque raggiunto con l'i. la possibilità di estendere il cateterismo gastrico semplice anche a quei casi che apparivano eccitabili solo con le colazioni ed i pasti di prova. Stabilita questa nozione si tratta di precisare il modo di impiego dell'i. e le eventuali risorse diagnostiche offerte dal nuovo saggio gastrico.

* * *

La tecnica della prova istaminica è la seguente:

Si introduce il sondino di Einhorn nei soggetti digiuni; si estrae l'eventuale contenuto gastrico a digiuno, si compie, se necessario, una seconda aspirazione dopo 15 m' in modo di assicurare una profonda evacuazione di resti gastrici e di saliva e muco deglutiti durante l'introduzione; e poi si inietta sotto la cute del braccio mlgr. 0,5 della sostanza. Personalmente ho usato l'ergamine (tabloidi ipodermici della casa B. e Wellcome) (1); ma esistono in commercio molte preparazioni affini e, credo, di ugual valore (Imido Roche, Istamina Bayer).

Il ciclo secretorio ha inizio quasi subito, l'acme è raggiunto da 15 a 45 m' dopo l'iniezione; la secrezione dura circa un'ora, durante la quale il succo gastrico chiaro ed acquoso può venire aspirato attraverso il sondino.

Frattanto nei soggetti iniettati fanno comparsa alcune tipiche manifestazioni; e cioè un arrossamento vivo e perfino cianotico del volto, un ponfo pruriginoso, che può essere grande come il palmo di una mano, al punto di iniezione; mentre è lamentata una molesta sensazione di pulsazioni temporali e di rado di bruciore epigastrico.

Al Riva-Rocci si nota una immediata caduta di pressione — di uno, due centimetri tra il 3° e 5° m' dall'iniezione — ed una contemporanea ma più persistente elevazione della frequenza dei battiti cardiaci.

Questa è la reazione circolatoria tipica; ma non mancano casi di reazioni generali più appariscenti ed anche paurose: dettaglio questo sul quale avrò modo di tornare.

---

(1) I tabloidi « ergamine » sono dosati ad 1 millgr. di sostanza attiva; la soluzione si prepara con 2 cmc. di H_2O distillata. La dose da usarsi è di 1 cmc. (= millgr. 0,5).

*
* *

Prescindo da una esposizione completa delle mie osservazioni: essa non rivestirebbe alcun interesse: basteranno alcuni esempi per elucidare quanto si dirà in appresso sull'impiego e sulla utilità di questo metodo di indagine.

La tabella che riporto riunisce casi tipici di secrezione istaminica: non riferisco il dettaglio delle singole estrazioni bensì i volumi totali estratti in un tempo, che è naturalmente costante per ciascun individuo esaminato. Ogni soggetto ha subito a giorni successivi il sondaggio secco (1ª colonna) ed il sondaggio secco con istamina (4ª colonna); alcuni (colonne 2ª e 3ª) sono stati esaminati con colazione frazionata di Ehrmann (285 cm³ di H_2O + 15 cm³ di alcool) e con colazione di Ewald (sondaggio prolungato alla Girardi: grissini gr. 35; H_2O cm³ 350). Le cifre di HCl ed AT esprimono i valori massimi raggiunti nei singoli esami.

Un breve commento ai dati riportati nella Tabella basterà per orientarci sul valore eccito-secretorio dell'i. nelle diverse contingenze fisiologiche e patologiche:

1) i normo- iper-cloridrici reagiscono all'i. con un forte aumento della secrezione che è più acida di quella ottenuta a digiuno e con la colazione di Ehrmann (casi 17, 3, 1, 2);

2) certe dispepsie a sintomatologia vaga, certe gastriti che si accompagnano ad anacidità apparente nel sondaggio secco e ad ipoacidità alle colazioni di prova, rispondona all'i. con una secrezione che per quantità e validità non è di molto inferiore a quella ottenuta in sani a mezzo di stimolazioni digestive (casi 4, 7, 8, 9);

3) ipo ed anacidità dovute verosimilmente ad alterazioni anatomiche profonde della mucosa gastrica reagiscono, tardivamente, ma non sempre, con un puro aumento di secrezione senza comparsa di HCl (casi 5, 19): mentre altri casi, anacidi anche al sondaggio prolungato con Ewald, rivelano una piccola acidità libera (caso 15);

4) l'anacidità da colecistite cronica calcolosa non è di solito influenzata dall'i. (casi 11, 12);

5) l'achilia da anemia perniciosa, da leucemia e da m. di Addison (un caso non cit. per ciascuna malattia) è refrattaria all'i.: così si dica di altre achilie secondarie a dissenteria cronica, alcoolismo, ecc. (Katsch e Kalk);

6) il comportamento del cancro è vario. Il tipo di reazione istaminica dipende infatti dall'estensione, dalla situazione, dalla data di insorgenza della neoformazione. Il caso 13, che mostra una secrezione a digiuno normale, ha ri-

	A digiuno			Ehrmann		Ewald		Istamina		
	Vol.	HCl	AT	HCl	AT	HCl	AT	Vol.	HCl	AT
N. 1. Cost. Iperacidità dolorosa.	214	60	70	—	—	—	—	256	155	170
N. 2. Oliv. Ulcera prepil. cicatrizzata. (contr. oper.)	150	47	67	82	93	—	—	179	85	100
N. 3. Coltell. Dispepsia.	35	95	102	72	74	—	—	128	131	139
N. 4 Ros. Dispepsia. Ernia epig.	secrezione nulla			7	12	—	—	145	75	82
N. 5. Tac. Gastrite.	58	0	9	—	—	—	—	132	0	23
N. 6. Sell. Anemia perniciosa.	5	0	0	—	—	0	3 (?)	7	0	5
N. 7. Delpia. Ptosi viscerale.	13	0	15	0	20	—	—	57	28	50
N. 8. Min. Gastrite.	33	0	3	0	3	—	—	28	30	43
N. 9. Cioc. Dist. gastrici vaghi.	104 109	0 0	6 18	0	7	0 sond. prolungato	12	182	34	50
N. 10. Bi. Saturnismo cronico.	7	0	13	56	64	—	—		35 Ehrm. +	60 Istam.
N. 11. Buf. Colecistite cronica.	9	0	4	0	4	0	4	11	0	4
N. 12. Ros. Colecist. calcolosa. Idrope intermittente cistif. (Contr. oper.)	96	0	6	0 0 (dopo l'inter.)	6 10	—	—	61	0	6
N. 13. Zan. Carc. stomaco (palpabile).	76	15	60	—	—	—	—	103 (sanguinolento)	65	90
N. 14. Ant. G. Carc. stomaco (palpabile).	50 74	0 0	38 37	—	—	—	—	48 (sanguinolento)	40	48
N. 15. Benz. Gastrite.	11	0	5	0	7	0 sond. prolungato	13	44	10	40
N. 16. Cap. M. Achilia semplice.	Secrezione mancante			0	6	—	—	33	0	5
N. 17. Cant. G. Sana.	103	65	74	60	60	—	—	177	102	111
N. 18. Marc. G. Carc. stomaco (palpabile).	2	0	20	—	—	—	—	43 (sanguinolento)	0	50
N. 19. Cor. I. Achilia (da causa ignota).	134	0	3	0	3	—	—	172	0	12
N. 20. Valv. V. Ulcera gastrica (ematemesi recenti).	1 20	0 0	0 0	50	62	—	—	47 (sanguinolento)	106	140

sposto all'i. ottimamente e ciò era naturale e prevedibile; nel caso 14 si è avuta comparsa di HCL senza aumento di secreto. Nel caso 18 aumento di secreto senza comparsa di acido libero.

In tutti questi soggetti ho notato una evidente emorragia gastrica fresca da imputarsi all'i.

Ma anche dopo recente ematemesi, da processi ulcerativi di altra etiologia, possono comparire emorragie macroscopiche (caso 20).

* * *

In generale si può dire che la secrezione da istamina supera non solo la secrezione da sonda ma anche quella dei cicli fisiologici da colazioni. Essa appare inoltre verosimilmente indipendente da processi psichici od almeno poco risente l'influenza di centri nervosi superiori.

Quest'ultima condizione offre una prima indicazione per l'impiego del saggio istaminico: con esso si può vincere l'anacidità psicogena distinguendola facilmente dalla vera (organica).

I pazienti che non rispondono per inibizione psichica, paura od altro, all'eccitazione digestiva presenteranno infatti valori istaminici normali od anche superacidi.

Ma il terreno più propizio per l'impiego dell'i. è fornito dai casi di ana ed ipoacidità. In questo campo si possono ricavare dei benefici diagnostici effettivi arrivando a differenziare vari gradi di ipoacidità, i quali denunciano con ogni verosimiglianza corrispondenti stadi di lesione dell'apparato gastrico.

Certo sarebbe ottima cosa poter controllare gastroscopicamente se esista rispondenza tra effetti istaminici e stato anatomico della mucosa gastrica: questo studio parallelo, se fosse condotto metodicamente, servirebbe una volta per sempre a stabilire se possediamo nell'i. un mezzo indiretto che ci indichi se una ipoacidità sia o meno connessa ad alterazioni organiche del parenchima gastrico.

Comunque da un punto di vista pratico è già sufficiente e vantaggioso poter circoscrivere l'achilia vera dalle false; i mezzi finora proposti — rammento la doppia colazione (Vàndorfy), il pasto di Riegel, il sondaggio prolungato (Girardi), la prova di Jarno — basati tutti sul concetto di esercitare eccitazioni alimentari cospicue e di seguire più a lungo i processi digestivi, sono più malagevoli, richiedono tempo e non raggiungono sempre lo scopo (v. ad es. casi 9 e 15).

* * *

Questo punto di una migliore classificazione delle ipochilie è quanto di meglio è sgorgato fino ra dagli studi sull'i. e più generalmente da tutto il complesso di lavori sui metodi di sondaggio frazionato dello stomaco (1).

Già altri AA. ad es. Dobson, Katsch e Kalk hanno notato come con l'impiego dell'i. venga a restringersi di assai il campo delle achilie vere. Dobson parla di « intermittent achlorhydrias » quando si può ottenere HCl ripetendo la colazione o ricorrendo ai pasti di prova, di « intermediate a. » per quelle ipocloridrie che reagiscono all'i., di « persistent a. » per i casi refrattari anche all'i.

Katsch e Kalk stabiliscono una scala di reattività gastrica (dal normale all'achilia completa), che va dai casi che reagiscono alle colazioni attraverso a quelli che rispondono all'i. con produzione di HCl, o con semplice aumento di secreto, fino a quelli che non reagiscono in nessun modo.

Queste proposte sono un miglioramento della più vecchia tecnica di Gluzinski, diretta essa pure al riconoscimento delle insufficenze di secrezione cloridrica (tre prove: a digiuno, con colazione, con pasto).

Tali classificazioni di insufficenza secretoria possono anche essere superflue: ma è interessante *stabilire che l'achilia è poco frequente od almeno più rara di quanto si potesse prima arguire dalle prove digestive.*

La riduzione nei reperti di achilia concerne in primo luogo il carcinoma: è una giusta osservazione, che dobbiamo, in campo di sondaggio frazionato, al Girardi.

Abbiamo riportato sopra tre casi di neoformazioni gastriche avanzate: due di queste hanno reagito all'i. con valori alti o poco inferiori ai normali. Katsch e Kalk su sei casi hanno visto quattro volte reazioni istaminiche discrete od anche ottimali.

L'achilia non è dunque manifestazione tipica nè comune del carcinoma gastrico: i casi di reazione istaminica assente corrispondono a neoformazioni assai distruttive o localizzate all'intiero distretto secernente HCl; perciò non mi unisco a Berri e Weinberger, Moretti ed a qualche Francese nell'assumere la negatività del saggio istaminico quale criterio probativo di cancro. All'incontro la refratterietà assoluta all'i. si accompagna a lesioni gastriche varie che possono essere discretamente benigne (achilia da colecistite, alcoolismo, ecc.). Penso anzi che in molti casi l'i. possa risolvere la diagnosi differenziale tra anemia perniciosa e carcinoma gastrico.

---

(1) Cfr. V. DEBENEDETTI: *Sul valore diagnostico dei metodi di sondaggio frazionato dello stomaco.* Riv. di Clin. Med., n. 2-3, 1927.

Quale prova di sostegno per la diagnosi di cancro dò invece un certo valore alla comparsa di succo gastrico sanguinolento: quando il sondaggio sia eseguito con leggerezza di manovra, quando l'emorragia si manifesti chiaramente dopo l'iniezione d'i., quando essa si intensifichi con il crescere del secreto e senza che aspirazioni troppo violente abbiano motivato traumi della mucosa, l'emorragia apporta una documentazione sicura di lesioni di continuo ampie e continuamente secernenti della mucosa.

Un succo istaminico francamente emorragico, non eccessivamente acido appartiene il più delle volte allo stomaco canceroso; l'ulcera, a meno di emorragie recenti (ma allora esistono anamnestici tassativi; vedi caso 20), non lascia rilevare quantità macroscopicamente apprezzabili di sangue.

*
* *

In conclusione la prova dell'i. ha un grandissimo valore generico: essa riveste poi indiscusso interesse in tutte le forme di ipochilia; ed è l'unico mezzo, allo stato attuale delle nostre conoscenze, che permetta di svelare la minima attività secretrice di mucose profondamente danneggiate.

Nella letteratura sull'argomento è detto da alcuno che si può con l'i. definire il tipo costituzionale caratteristico di reazione gastrica secretoria. L'opinione è basata su una certa costanza delle reazioni individuali: i tipi di secrezione sarebbero poi delineati dall'intensità della reazione e dalla rapidità con cui essa insorge.

Per quanto la prova istaminica appaia, come si è detto, indipendente da influssi corticali, occorre essere riservati sulla possibilità di attingere criteri diagnostici concreti nel campo delle normo-ipercloridrie: il volume, l'acidità del succo neo-prodotto, la rapidità di produzione sono elementi infidi che soggiaciono ad errori nè possono con il metodo del sondaggio essere esattamente valutati. Tra l'altro difficile è stabilire limiti e modalità della reazione secretoria normale.

La risposta secretoria appare sensibilmente identica in persone indenni ed in persone affette da dispepsie funzionali o da processi organici.

Sicchè se nella zona delle ipocloridrie la prova ha una certa efficacia discriminativa non si vede come essa possa essere fruttifera in altri campi, normo, ipercloridrici, ove i dati ottenuti non sono abbastanza individualizzati. Restano bene e rapidamente differenziabili per mezzo dell'i. le achilie vere dalle ipoacidità: e questo è notevole progresso del quale ci si può per ora contentare.

*
* *

Descrissi già le manifestazioni circolatorie tipiche dell'i.: esse si compendiano in vasodilatazione capillare (che arriva nel punto di iniezione all'essudazione extra capillare), caduta della frequenza del polso.

Ma le reazioni circolatorie assumono talora una intensità clamorosa: posso citare una paziente sana e vigorosa nella quale mlgr. 0,5 di i. portò il polso da 100 a 160 pulsazioni, mentre la pressione subiva una caduta di cm. 2,5 e si verificavano spiacevoli fenomeni concomitanti (accesso steno-cardico-simile, sudorazione profusa, dispnea, ecc). Queste eventualità debbono essere presenti a chi si vale del nuovo saggio gastrico e consigliare ad oculatezza nelle dosi; mezzo mlgr. di sostanza è sufficiente per ottenere una buona risposta secretiva.

Non consiglio di accoppiare l'adrenalina all'i. come è stato fatto da qualche A. nella speranza di bilanciare l'effetto circolatorio depressivo di quest'ultima sostanza: istamina ed adrenalina sono veleni di un antagonismo assai dubbio; meglio non usarli contemporaneamente per non incappare in possibili sommazioni di effetti [sopratutto per l'adrenalina sono note le cosidette reazioni inverse ove l'adrenalina assume potere inotropo e cronotropo negativo (vago-eccitazione): una tale inversione si osserva sperimentalmente su cuore di rana avvelenato con ergotamina e nicotina (Amsler)].

*
* *

Resterebbe infine da chiarire quale sia il meccanismo dell'azione gastrica da i.

Ma la questione è tuttora sub judice e può appena essere abbordata. Vi è chi pensa che l'i. agisca stimolando il parasimpatico: Rothlin e Gundlach che abbracciano tale opinione, fondata sul fatto che l'azione eccito secretrice di questa base organica (dalla quale non va disgiunta una certa influenza attivatrice sulla peristalsi (Fonseca) ripete le forme della eccitazione prodotta dalla irritazione vagale, contrappongono direttamente l'i (vagotropa) all'adrenalina (simpaticotropa).

Altri quali Suda, Bickel sostengono che l'i. agisca direttamente sui corpi cellulari delle ghiandole gastriche.

Koskowski suppone che l'i. attivi indirettamente la secrezione gastrica con l'intermezzo di ormoni specifici prodotti, sotto l'influenza dell'i., da organi a ciò preposti.

Gutowski preferisce lasciare insoluta la questione.

Berri e Weinberger parlano di un'azione di spremitura delle ghiandole gastriche conseguenti all'ipercinesi ed ipertono delle tonache muscolari gastriche.

Barco, che ha studiato il problema sperimentalmente, ha visto, dopo di altri AA., che l'i. agisce anche sullo stomaco enervato. Poichè l'eccitazione istaminica « è massima con la sola persistenza del vago, è minore con quella del simpatico gastrico, ed è minima con la sezione di ambedue » l'A. conchiude che il meccanismo dell'i. è probabilmente complesso e riguarda vago, simpatico, innervazione propria dello stomaco; l'A. esclude però ogni azione diretta sulla mucosa e sulla musculatura gastrica.

Senza entrare in pieno dibattito sembra giusto affacciare i seguenti punti:

1) è da respingere l'opinione secondo cui l'azione istamica consiste in una pura eccitazione vagale: questa sostanza infatti agisce anche a vago sezionato od inibito dall'atropina;

2) l'osservazione sperimentale e clinica dimostrano che è fondamentale dell'azione istamica una intensa vasodilatazione capillare: questo veleno è un tipico veleno vasale; non si può quindi disconoscere la vasodilatazione capillare come fattore, in sè e per sè, di secrezione;

3) non è opportuno separare l'azione gastrica dell'i. da quella generica su tutto l'organismo: e questa è nettamente vasale circolatoria;

4) come mi propongo di esporre in altro luogo vi è una sostanza nettamente antagonista dell'i.: essa è l'ergotamina. Orbene l'ergotamina che ha effetti circolatori opposti all'i. (vasocostrizione, aumento di pressione arteriosa, bradicardia) deprime motilità e secrezione gastrica (1).

È dunque possibile che l'azione eccito secretrice dell'i. sia un effetto secondario alla vasodilatazione capillare; provenga cioè da una massimale irrorazione del territorio circolatorio gastrico.

Come si esplichi il potere vasodilatatore dell'istamina è difficile dire.

Azione diretta o riflessa sui capillari?

Influssi centrali su una *eventuale* innervazione parasimpatica vasodilatatrice?

Dico *eventuale* perchè, come è noto, l'ipotesi di una innervazione vasale antagonista a quella simpatica (che è vasocostrittrice) è lungi dall'essere dimostrata.

Forse è prudenza non accettare affrettatamente le opinioni che tendono ad inquadrare l'azione dell'i. nel solito schema dell'antagonismo farmacologico « simpatico parasimpatico ».

Per quanto le reazioni più tipiche dell'i. possano guidare all'idea di ipervagotono, questa soluzione semplicista urta contro troppe contraddizioni.

D'altro canto se si pon mente alla intima fusione *anatomica* tra tessuto nervoso e tessuti muscolare liscio e ghiandolare (i filetti simpatici, secondo Boecke ha dimostrato, penetrano fin entro al protoplasma delle cellule muscolari liscie), diventa quasi ozioso ricercare se una data sostanza agisca sull'elemento muscolare liscio o sulla cellula ghiandolare direttamente o per l'influsso di terminazioni nervose.

In fatto di circolazione è presumibile un vasto automatismo ed una relativa indipendenza da fattori nervosi.

Ed è su questi concetti appunto che basa la opinione di un'azione probabilmente primitiva dell'i. sulla circolazione capillare: ma è questa una semplice ipotesi non confortata da fatti.

Tuttavia sembra plausibile riferire gli effetti istaminici, sia generali sia particolari sullo stomaco, in primo luogo alla vasoparalisi capillare: la dilatazione capillare essendo l'elemento più tipico ed appariscente dell'azione istaminica.

(1) I risultati di parte delle mie ricerche a questo riguardo furono già comunicati all'Associazione di Cultura Medica di Novara (Seduta dell'aprile 1927).

LETTERATURA.

Tra i lavori sull'*azione fisiologica dell'istamina* siano citati i seguenti:

AMSLER. Pflügers Arch. f. d. ges. Phys., V, 185, 1920, p. 86.
JOHN, I. ABEL E COLLAB. Rif. in Journ. de Phys. et Path. gén., v. 19, 1921, p. 273-274.
BARGER e DALE. Rif. in Zentr. f. Phys., V, 24, p. 885.
BICKEL. Klin. Woch., 1927, n. 5, p. 208.
GUTOWSKI. Rif. in Folia cl. chim. et micr., v. 1, 1926, p. 83.
IVY e JAVOIS. Am. Journ. of Phys., v. 71, 1924-25, p. 584-591-604.
LIM, ALISTER, MATHESON e SCHLAPP. Rif. in Journ. de Phys. et Path. Gen., v. 22, 1924, p. 412.
LLOSA. Rif. Ibid., v. 19, 1921, p. 274.
MATHESON, AMMON. Lancet, 1923, I, p. 482-483.
MELLANBY e TWORT. Journ. of Phys., v. 45, 1912-13, p. 53.
POPIELSKI. Arch. f. d. ges. Phys., 1920, v. 178, p. 214-237.
ROTHLIN e GUNDLACH. Arch. int. de Phys., v. 17, 1921, p. 59.
ROTHLIN. Klin. Woch., 1922, n. 46-47, p. 2294-2341.
SUDA. Virch. Arch. f. path. Anat. u. Phys., v. 251, 1924, p. 56.
GLUZINSKI. Cit. da ALBU in KRAUS e BRUGSCH. Spez. Path. u. Ther., vol. 5°, I, p. 963.

Istamina e secrezione gastrica umana:

BARCO. Minerva med., 1927, n. 6, p. 200.
BERRI e WEINBERGER. Rif. Med., 1926, n. 51, p. 1205.
CARNOT, KOSKOWSKI e LIBERT. C. R. de la Soc. Bio., v. 86, 18 e 25 marzo 1922, p. 575-670.

CARNOT e LIBERT. Arch. de Mal. App. dig., v. 15, n. 10, 1925, p. 1044.
COARI. La Pediatria, 1927, aprile, p. 365.
CHESTER S., KEEFER e BLOOMENFIELD. Rif. in Presse Méd., n. 17, 1927, p. 31.
KATZENELBOGEN e CHOISY. Arch. de Mal. App. dig., v. 17, 1927, p. 278.
KATSCH e KALK. Klin. Woch., 1926, n. 20-25, pagine 881-1123.
DOBSON. J. A. M. A., v. 84, 1925, p. 158.
FABER. Verhand. d. Ges. f. Verd. u. Stoffwech., 6º Tag., 1926. Thieme, 1927, Lipsia.
FONSECA e CARVALHO. C. R. de la Soc. Biol., v. 96, 1927, p. 873.
GILBERT, BENARD e BOUTTIER. Paris Méd., v. 16.
ICHOCK. Presse Méd., 1926, n. 78.
LIBERT. Progrès Méd., n. 5, 1926, p. 159.
LIBERT et HARMELIN. Arch. de Mal. App. dig., n. 2, 1926.
MORETTI. Minerva Med., 1927, n. 9. p. 337.
RAHIER. Rif. in Presse Méd., 1927, n. 19, p. 298.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI BARI.
Direttore: Col. Medico Prof. ALFREDO BUCCIANTE.

Il comportamento di alcune principali malattie in rapporto ai gruppi sanguigni.

Nota del magg. med. R. LOVAGLIO.

Alcuni autori attribuiscono ad un determinato gruppo sanguigno quegli elementi costituzionali che hanno la tendenza ad ammalare di determinate malattie.

Essi hanno dimostrato che alcuni morbi si sviluppano principalmente in certi dati gruppi. Ad esempio il carcinoma raramente si sviluppa nelle persone del primo e terzo gruppo.

Altri hanno rilevato che il tenore in agglutinine è spesso scarso nel siero dei leucemici. Così pure si sarebbero iniziati degli studi in base ai quali si dimostrerebbe la frequenza con cui le singole malattie infettive colpiscono soggetti appartenenti ai diversi gruppi.

Che la pertinenza a determinati gruppi sia la espressione di particolare costituzione del sangue è dimostrato da parecchi autori, per cui è stabilito che nei luetici la regressione della reazione Wassermann è due volte meno frequente negli ammalati del primo gruppo che non in quelli del quarto gruppo.

*
* *

Nello studiare i gruppi sanguigni in terra di Puglia ho creduto opportuno fare le ricerche su alcune principali malattie in rapporto ai gruppi sanguigni. Ed ho scelto le malattie qui più frequenti, ad esempio: la malaria, la tubercolosi, la sifilide. Ed ecco i risultati raccolti nello specchio seguente:

GRUPPI SANGUIGNI DIVISI PER MALATTIE.

POPOLAZIONI	Numero di individui esaminati	Malattie	Gruppo 1º (O)	Gruppo .º (A)	Gruppo 3º (B)	Gruppo 4º (AB)
LECCESE (comprese le provincie di Brindisi e Taranto)	60	Sifilide	50	—	10	—
	70	Tubercolosi polmonare	—	10	50	10
	80	Malaria	—	30	—	50
BARESE	65	Sifilide	53	—	7	5
	50	Tubercolosi polmonare	—	24	26	—
	40	Malaria	30	4	6	—
FOGGIANO	40	Sifilide	—	5	5	30
	43	Tubercolosi polmonare	3	40	—	—
	65	Malaria	55	—	3	7

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI.

Dallo specchio annesso si rileva che nella sifilide i gruppi delle Province del Leccese e del Barese sono più numerosi nel primo gruppo, mentre i malarici del Barese e del Foggiano appartengono per lo più al primo gruppo. Per la tubercolosi polmonare i gruppi si comportano diversamente l'una dall'altra Provincia.

Confrontando detti risultati con quelli già ottenuti nello studio dei gruppi sanguigni delle su accennate Province (pubblicato nella *Folia Medica* del luglio 1927) si rileva che mentre nelle popolazioni del Leccese predominano gruppi sanguigni appartenenti al primo, terzo e quarto gruppo, specialmente questi ultimi due, invece nelle varie malattie accennate, solo nella tubercolosi polmonare si ha una preponderanza di questi due gruppi e nella malaria del terzo gruppo.

Nelle popolazioni del Barese abbondano i gruppi: primo, secondo e terzo; mentre nelle malattie su riferite nella malaria e nella sifilide abbonda il primo gruppo e nella tubercolosi polmonare predominano i gruppi secondo e terzo.

In fine nelle popolazioni di Foggia predominano i gruppi primo, secondo e terzo e a riguardo delle malattie solo nella malaria vi è predominanza del primo gruppo e nella tubercolosi del secondo gruppo. A riguardo degli studi delle malattie posso dire che ho prescelto per lo più stati cronici, ma con diagnosi sicura. Nelle forme

aperte di tubercolosi polmonare l'isoagglutinazione si presentava più decisa che nelle forme torpide. Anche nel periodo febbrile la isoagglutinazione si presentava più netta e più pronta. Occorre che le ricerche dei gruppi sanguigni, rispetto a queste stesse malattie, siano estese per le altre Province per riscontrarne le differenze e le analogie con i rispettivi gruppi.

BIBLIOGRAFIA.

CUBONI. *Terapia.* Istituto Sieroterapico Milanese, anno 1927.

RIVISTE SINTETICHE.

ISTITUTO E CLINICA DI PATOLOGIA SPECIALE CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
Prof. O. UFFREDUZZI, direttore.

L'evoluzione della tecnica della trasfusione di sangue.

Dott. M. MAIRANO, aiuto vol.

La trasfusione del sangue solo in questi ultimi anni ha potuto affermarsi in modo innegabile come un mezzo terapeutico del più alto valore. Per la semplicità del suo concetto, essa era già balenata alla mente degli antichi e per diversi secoli ha costituito la mèta agognata e non mai raggiunta di numerosi studiosi che hanno tentato, con diversi metodi, di ridonare energia e vita all'ammalato trasfondendogli sangue sano.

Fra i numerosi fattori che hanno costituito per tanto tempo le cause d'insuccesso, uno dei più importanti è stato senza dubbio quello tecnico. Basti a dimostrarlo il numero infinito di mezzi e di sistemi escogitati e proposti in ogni tempo per risolvere l'arduo problema, senza mai aver saputo creare un apparecchio che rispondesse perfettamente allo scopo.

Oltre a ciò la mancanza completa di cognizioni sul meccanismo della coagulazione e sul modo di evitarla e sull'esistenza dell'individualità del sangue, oggi stabilita colle determinazioni di gruppo, hanno causato quei disastri che si leggono nella storia della trasfusione che ad ogni loro ripetersi ripiombavano l'operazione nel discredito, circondandola di un mistero pauroso che invadeva il profano e rendeva lo studioso perplesso ed incapace a riprendere nuovi tentativi. Di volta in volta passavano così anni prima che un altro studioso osasse rimettere sul tappeto la questione e tentarne l'attuazione pratica con nuove vedute e metodi.

Non ricorderò i più antichi tentativi fatti per lo più con metodi rudimentali e con esiti quasi sempre infelici. È verso il 1660 che Lower e Denis affrontano lo studio della trasfusione coi primi criteri scientifici forniti sopratutto dagli studi di Harwei. Essi praticarono la trasfusione sugli animali e Denis per il primo nel 1667 la praticò sull'uomo trasfondendo il sangue dall'arteria di un agnello, poichè sembrava cosa troppo pericolosa aprire l'arteria di un uomo. Dopo alcune trasfusioni fortunate però ne seguirono altre infelici, tanto che le autorità di Parigi intervennero e proibirono ogni ulteriore tentativo.

Gli studi non cessarono per questo e una serie di nuovi metodi, di cui alcuni possono considerarsi i diretti precursori di quelli di oggi, vennero ad aggiungersi ai precedenti. V. Major escogitò un metodo che rassomiglia a quello di Kimpton-Brown-Percy; Elsholz uno che rassomiglia a quello di Oeheleker.

La prima trasfusione tra esseri umani venne fatta dall'ostetrico Blundell nel 1818 in una donna fortemente anemizzata e con pieno successo. A questo Autore risalgono inoltre i primi tentativi di trasfondere il sangue con una siringa, mentre finora erano state impiegate cannule che raccordavano direttamente i vasi. Blundell aprì la via a nuove e numerose prove sperimentali e sull'uomo.

Prevost e Dumas ricercano gli effetti della trasfusione su animali di specie diversa; Dieffenbach ricerca sull'azione della trasfusione immediata e mediata e conclude in favore di quest'ultima; Bischoff nel 1835 esperimenta sul sangue puro e su quello defibrinato ritenendo quest'ultimo più adatto alla trasfusione. Gesellius nega quest'affermazione ritenendo il sangue defibrinato inadatto e chiamandolo « battuto a morte ». Verso la metà del XIX secolo la trasfusione è legata al nome di Oré che la pratica in circa 300 casi con molti risultati buoni. Hayem porta verso il 1880 un importante contributo sperimentale, pure avendo poche volte praticata la trasfusione nell'uomo. Tuttavia questa pratica si mantiene ristretta ad un limitato cerchio di medici e chirurghi e ben presto la trasfusione ricade nell'oblio.

Ma all'inizio di questo secolo la questione è nuovamente ripresa, questa volta sulla base di cognizioni nuove sulla biologia del sangue che permetteranno di raggiungere presto risultati nei quali prima non era lecito sperare.

Crile in America propone un suo metodo di raccordo vascolare mediante una cannula da vaso a vaso che facilita notevolmente la trasfusione Poco prima di Crile, Carrel, Brian e Hartwelle avevano proposta ed esperimentata la sutura vasale. Questa però, com'è facile comprendere, non

ebbe seguito poichè richiedeva un armamentario speciale ed un'abilità non comune.

La scoperta della cannula di Crile fu il punto di partenza di numerosi altri sistemi sul tipo di questo come la cannula di Buerger (1908), di Brian e Ruff (1912), di Landan, ecc. In seguito in luogo delle cannule vennero impiegati segmenti di vasi fissati o conservati in paraffina e tubi metallici o di vetro paraffinati. (Carrel-Tuffier, Guillot e Dehelly).

Conosciuta la proprietà della paraffina di ritardare la coagulazione nacque subito l'idea di nuovi procedimenti indiretti e si videro presto comparire le siringhe paraffinate di Curtiss e David e il cilindro di Kimpton.

Passarono pochi anni ed una nuova scoperta intervenne a rivoluzionare la tecnica della trasfusione del sangue: La scoperta degli anticoagulanti chimici, primo fra questi il citrato di soda.

Ancora oggi si dividono l'onore della scoperta Hustin di Bruxelles, Agote di Buenos-Ayres e Lewisohn di New-York, quantunque sembri che la priorità spetti a Hustin. Noi non dobbiamo dimenticare il contributo decisivo portato in questo argomento dal nostro Sabbatani.

Anche gli arsenobenzoli vennero proposti e da qualcuno impiegati per le loro qualità anticoagulanti ma senza esito pratico per le alte dosi occorrenti a mantenere liquidi 300-400 cm. cubi di sangue che occorrono per una normale trasfusione.

L'impiego del citrato di soda ha segnato indubbiamente un progresso nella marcia della trasfusione, poichè con questo mezzo veniva eliminato lo scoglio maggiore, quello della coagulazione, rendendo l'operazione infinitamente più semplice.

Nuovi metodi vennero tosto creati per merito di Agote, Hustin, Lewisohn, Rosenthal, Bécart, Weil. In Italia Dossena, Biancheri e Rossi F.

Prevalsero però i metodi indiretti, per la loro semplicità e fra questi ebbe maggior diffusione quello di Weil. Esso è di tecnica assai semplice. Con l'agopuntura di una vena si raccoglie il sangue in una capsula di porcellana contenente la soluzione di citrato di sodio agitando lentamente per ottenere una buona miscela. Raccolta la quantità di sangue che si desidera si aspira in una comune siringa tre anelli di Guyon e s'inietta nel ricevente.

Le trasfusioni citratate furono fatte a centinaia, in America, in Germania, in Francia, in minor numero anche in Italia. Comparvero numerosi studi, pregevole quello di Hédon in Francia, sulle proprietà del sangue citratato che affermarono l'innocuità assoluta del citrato di sodio come anticoagulante.

L'entusiasmo e la simpatia che accolsero il nuovo metodo dovevano però presto essere smorzati dal comparire di incidenti, presto segnalati da ogni parte. Vennero osservate violente reazioni sotto forma di forti elevazioni termiche con intenso brivido, che succedevano quasi immediatamente all'atto della trasfusione ed avevano una durata varia, in genere però non troppo prolungata. La maggior parte dei casi decorsero senza conseguenze gravi; in qualche altro, fortunatamente rari, si ebbe l'esito letale.

Queste reazioni vennero attribuite, dopo varie ricerche, ad alterazioni che il citrato di sodio induce nell'equilibrio colloidale del plasma colla seguente esplosione di una crisi colloidoclasica.

In molti casi, specie nei più gravi, con tutta probabilità i disturbi erano dovuti alla mancata conoscenza della incompatibilità di gruppo, nozione questa da pochi anni diffusa, e non ancora, a quel che pare, sufficientemente.

La trasfusione citratata non perse completamente per questo i suoi sostenitori e fra questi Jeambreau affermò che l'esito della trasfusione non è compromesso da questi fenomeni; tuttavia il metodo perse molta della fama rapidamente acquistata e in breve tempo venne quasi completamente abbandonato per lasciar posto alla trasfusione con sangue puro. La superiorità di questa s'impose tosto e oggi è quasi universalmente riconosciuta.

Pauchet ha eseguito uno studio di raffronto eseguendo 100 trasfusioni con sangue puro e 100 con sangue citratato. Con questo 2° metodo si verificarono inconvenienti nel 25 % dei casi mentre non se ne verificarono affatto colla trasfusione di sangue puro. Anche nelle grandi cliniche americane (Crile, Mayo) oggi viene quasi esclusivamente adoperato questo metodo.

Questa rapida diffusione trova la sua ragione precipua nell'assenza di ogni pericolo, sia per il donatore che per il ricevente, sempre che siano stati preventivamente eseguiti gli esami dei gruppi sanguigni, che non devono mai essere assolutamente tralasciati anche nei casi che hanno carattere d'urgenza.

Coll'abbandono degli anticoagulanti chimici si ritornò naturalmente ai recipienti paraffinati e videro così la luce nuovi apparecchi. Molti fra gli autori che si occuparono della trasfusione proposero un loro metodo per cui ne esiste oggi una serie numerosa.

Voglio ricordare rapidamente quelli oggi più in uso per il maggior consenso ottenuto fra i chirurghi descrivendone la tecnica dell'uso.

In America predomina il metodo di Kimpton-Brown-Percy. In Germania quello di Ochlecker; in Francia quello di Bécart. In Italia, purtroppo, la pratica della trasfusione non è ancora così

progredita come nei paesi citati, un po' forse per un senso di scetticismo che si stenta a vincere, un po' per le scarse possibilità finanziarie e tecniche delle nostre Cliniche e dei nostri Ospedali. Eppure è necessario che questo supremo sussidio, che sa compiere miracoli di reviviscenza, si faccia largamente strada anche in Italia. La trasfusione, com'è oggi sistematizzata, spoglia del tutto di rischi dopo i preziosi insegnamenti forniti dagli ematologi sui gruppi sanguigni, deve entrare nella pratica di ogni chirurgo e di ogni ostetrico in modo particolare, e non essere trascurata da qualsiasi medico che può trovare nella pratica quotidiana tutta una serie di indicazioni per proporre una trasfusione. Scrivendo queste pagine io non ho altro intendimento che di portare un modesto contributo alla conoscenza della tecnica della trasfusione, sperando con ciò d'incoraggiare chirurghi e medici a prenderla in seria considerazione e di servirsene quando il caso lo richiede.

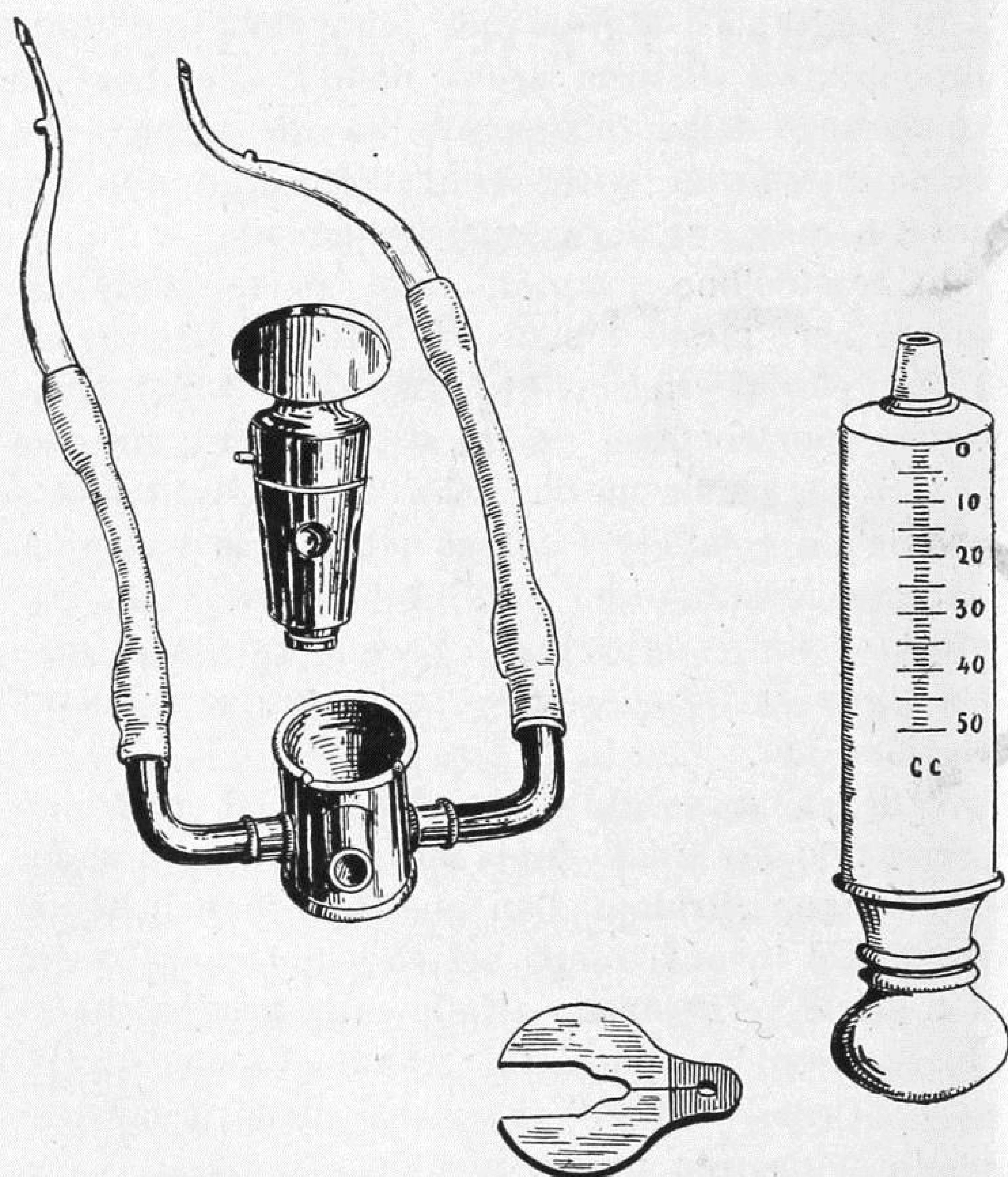


Fig. 1.

Il metodo di Oehlecker, largamente praticato in Germania ed in Austria, consiste in una semplice trasfusione del sangue da vena a vena. L'apparecchio si compone di un rubinetto a due vie al quale si raccordano per mezzo di un breve tubetto di gomma due sottili cannule di vetro portanti ognuna un bottoncino laterale che servirà a fissarle alla vena. Una siringa di vetro da 50 cm. cubi che s'innesta ad un apposito raccordo in comunicazione col rubinetto a due vie (Fig. 1).

Il procedimento della trasfusione è il seguente: Datore e ricevente vengono posti l'uno accanto all'altro colle braccia avvicinate in senso parallelo e leggermente oblique, in modo che i tratti di vena da scoprirsi convergano possibilmente verso l'apparecchio. Per ottenere ciò il braccio del datore sarà posto convenientemente al disopra o al disotto di quello del ricevente. Disinfettata la cute con alcool etere si scopre rapidamente, in anestesia locale, la vena più visibile alla piega del gomito nel datore e nel ricevente e si passano al disotto di ognuna due fili di catgut. L'uno servirà per legare la vena al capo centrale nel datore ed al capo periferico nel ricevente, l'altro per l'allacciatura ad operazione finita. Fra questi due fili se ne fa passare un terzo di seta, indi con un colpo rapido di bisturi o di forbice s'incide la vena del ricevente; s'introduce la cannula di vetro spingendola alquanto nella vena, indi si allaccia il filo di seta e si ritira la cannula fino al bottoncino d'arresto. Lo stesso si fa nel datore. Con rapidità si applica allora all'apparecchio la siringa contenente 20 cm. cubi circa di soluzione fisiologica che viene iniettata metà nella vena del datore e metà in quella del ricevente girando opportunamente il rubinetto di direzione del liquido. Fatto ciò si riporta nuovamente il rubinetto in posizione zero; un assistente stringe il laccio per la stasi al braccio del datore e s'incomincia l'aspirazione.

Se la stasi è buona la siringa deve riempirsi spontaneamente; se questo non avviene si faranno leggere trazioni sullo stantuffo, si farà aprire e chiudere la mano del datore od un leggero massaggio al braccio in senso centripeto. Aspirati 50 cm. cubi di sangue si gira il rubinetto verso il ricevente e s'inietta con discreta rapidità il sangue. Portato il rubinetto in posizione di mezzo si innesta una seconda siringa che porge un assistente contenente pure 20 cm. cubi di soluzione fisiologica. Di questi 5 circa vengono cacciati con forza prima nella vena del datore e il resto, dopo girato il rubinetto, in quella del ricevente. A questo punto le cannule devono essere pulite e trasparenti ed allora si girerà nuovamente il rubinetto verso il datore ricominciando l'aspirazione del sangue.

In questi maneggi bisogna stare attenti a non lasciare penetrare aria nel sistema e procedere rapidamente per non dare tempo al sangue di coagulare. Per la preparazione dell'apparecchio è richiesta la sola bollitura. Chi si accinge alla trasfusione dovrà sempre inoltre fornirsi del semplice strumentario indispensabile per la scopritura della vena e la sutura della cute.

Metodo di Percy. — È adoperato particolarmente in America. Lo strumentario (Fig. 2) si

compone di un tubo di vetro lungo 40 cm. e del diametro di sei cm. circa; in alto il tubo porta un prolungamento retto lungo circa sette cm. al quale si adatta un tubo di gomma che, per mezzo di una chiavetta a due vie, può essere messo in comunicazione con una pera di gomma premente od aspirante. All'altra estremità il tubo termina con un prolungamento piegato ad angolo retto che va gradatamente assottigliandosi fino a terminare con un calibro di due mm. circa e che serve per la diretta introduzione nella vena. Oltre a questo tubo occorrono due pinzette da vasi colle branche rivestite di gomma e due sottili pinzette emostatiche. Il tubo si sterilizza o colla bollitura o col calore secco alla fiamma, indi si paraffina. Servendosi della bollitura sarà necessario farlo asciugare perfettamente o con una corrente d'aria calda o facendovi passare alcool assoluto od etere, potendo una piccola rimanenza di acqua impedire una buona paraffinatura. Serve bene la paraffina fusibile a 50-60° che si può far fondere in un recipiente di metallo fin quando comincia ad evaporare per essere certi della sua sterilizzazione. Contemporaneamente il tubo, afferrato con un pannolino sterile, si fa riscaldare sulla fiamma e quando è sufficientemente caldo si aspirano dalla estremità assottigliata 15-20 cm. cubi di paraffina che, con movimenti adatti, di ondulazione e rotazione del tubo vengono distribuiti su tutta la superficie interna. Avvenuto il raffreddamento il tubo deve avere un aspetto smerigliato. A questo punto ogni cosa è pronta per la trasfusione ed allora si passa alla preparazione del malato.

Nel datore e nel ricevente, possibilmente messi nella stessa camera, si scopre, in anestesia locale, la vena scelta alla piega del gomito. Messe a nudo le vene per circa due cm. di lunghezza si procederà alla legatura con catgut nel punto distale nel ricevente ed in quello centrale nel datore. All'altro capo la vena sarà temporaneamente chiusa colla pinzetta da vasi; distalmente alla pinzetta si pone ancora un filo di catgut per la legatura definitiva del vaso appena ultimata la trasfusione.

Procedendo si passa all'incisione della vena col bisturi tra la pinza e la legatura, afferrando i margini delle pareti venose e divaricandoli colle pinzette emostatiche. Si raccomanda di praticare l'incisione della vena vicino alla legatura e lontano dalla pinzetta per avere un buon tratto di vena disponibile per l'introduzione del beccuccio del tubo.

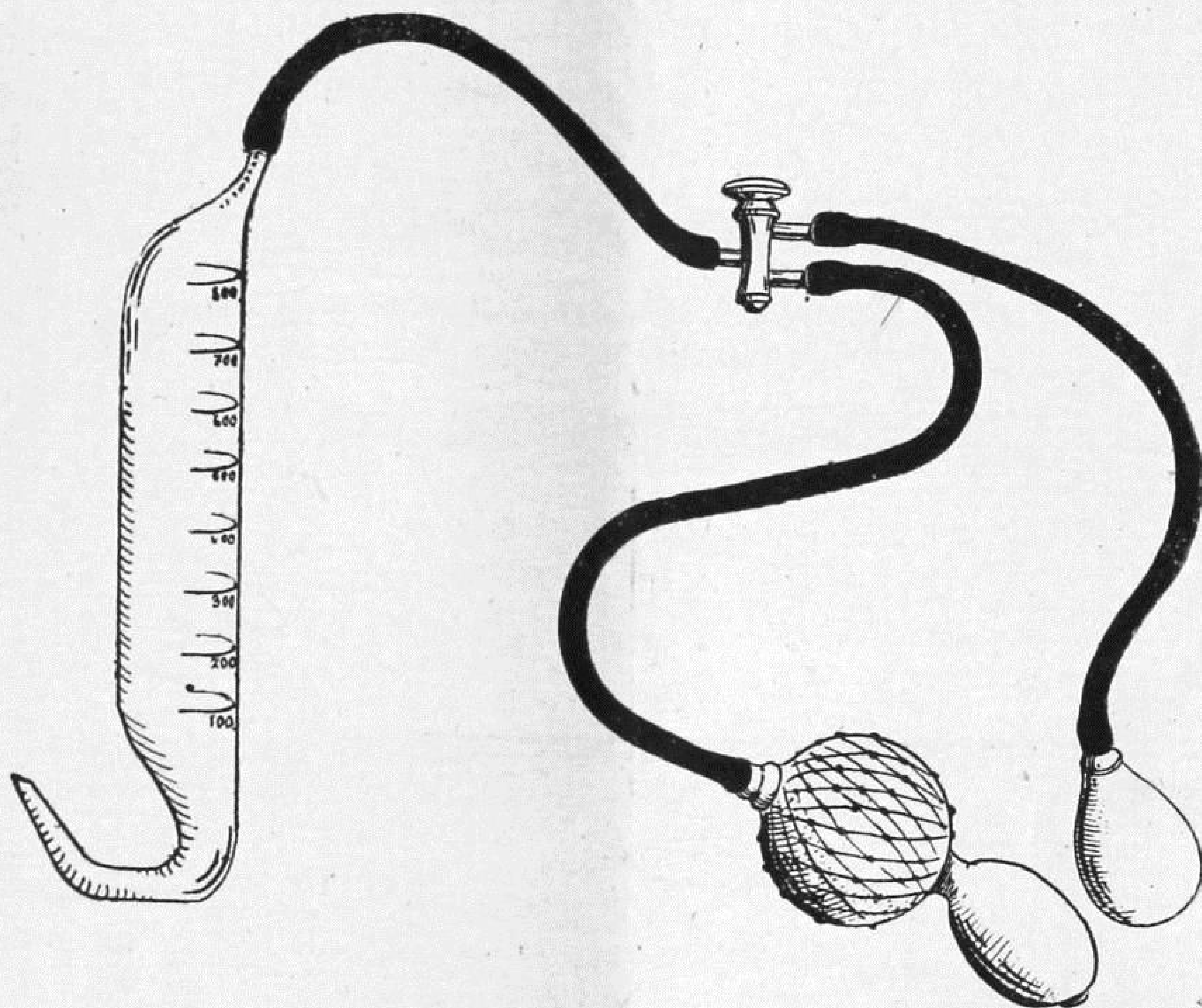


Fig. 2.

Prima di prelevare il sangue si aspirano nel tubo 10-15 cm. cubi di olio di paraffina sterile; con un dito convenientemente disinfettato si chiude l'apertura del beccuccio e rapidamente lo s'introduce nella vena del datore, facendolo penetrare in direzione distale, dopo tolta la pinzetta, fino a che il lume ne risulta completamente occluso. Il sangue salirà allora rapidamente nel tubo spingendo in alto l'olio di paraffina; in questo modo in tre-quattro minuti si possono raccogliere da un individuo normale 500-600 cm. cubi di sangue. Se il sangue stenta a salire nel tubo si farà una leggera aspirazione colla pera.

Appena prelevata la quantità che si vuole tra sfondere si toglie il tubo e rapidamente s'introduce il beccuccio colla stessa tecnica nella vena del ricevente, facendo subito una leggera pres-

sione colla pera per facilitare il deflusso del sangue. In meno di due minuti circa 500 cm. cubi possono passare così nel ricevente. Ultimata la trasfusione la vena viene legata e l'incisione cutanea suturata.

Metodo di Bécart. — Anch'esso ha incontrato il favore dei chirurghi, specialmente francesi, che lo preferiscono agli altri metodi.

Lo strumentario di Bécart (fig. 3) consiste in una siringa della capacità di 200 cm. cubi a becco eccentrico nella quale scorre uno speciale stantuffo cosidetto « autovaselinante ». Questo stantuffo ha un diametro leggermente inferiore di quello interno del cilindro ed è guidato in modo che durante la sua escursione non viene mai a contatto delle pareti della siringa. Esso contiene nel suo interno un serbatoio che si riempie di una miscela di vaselina e paraffina (Vaselina gr. 100 paraffina fusibile a 55° gr. 20) che si può fare uscire con un semplice movimento di rotazione da sinistra a destra del manico dello stantuffo venendosi a spalmare sulle pareti interne del cilindro.

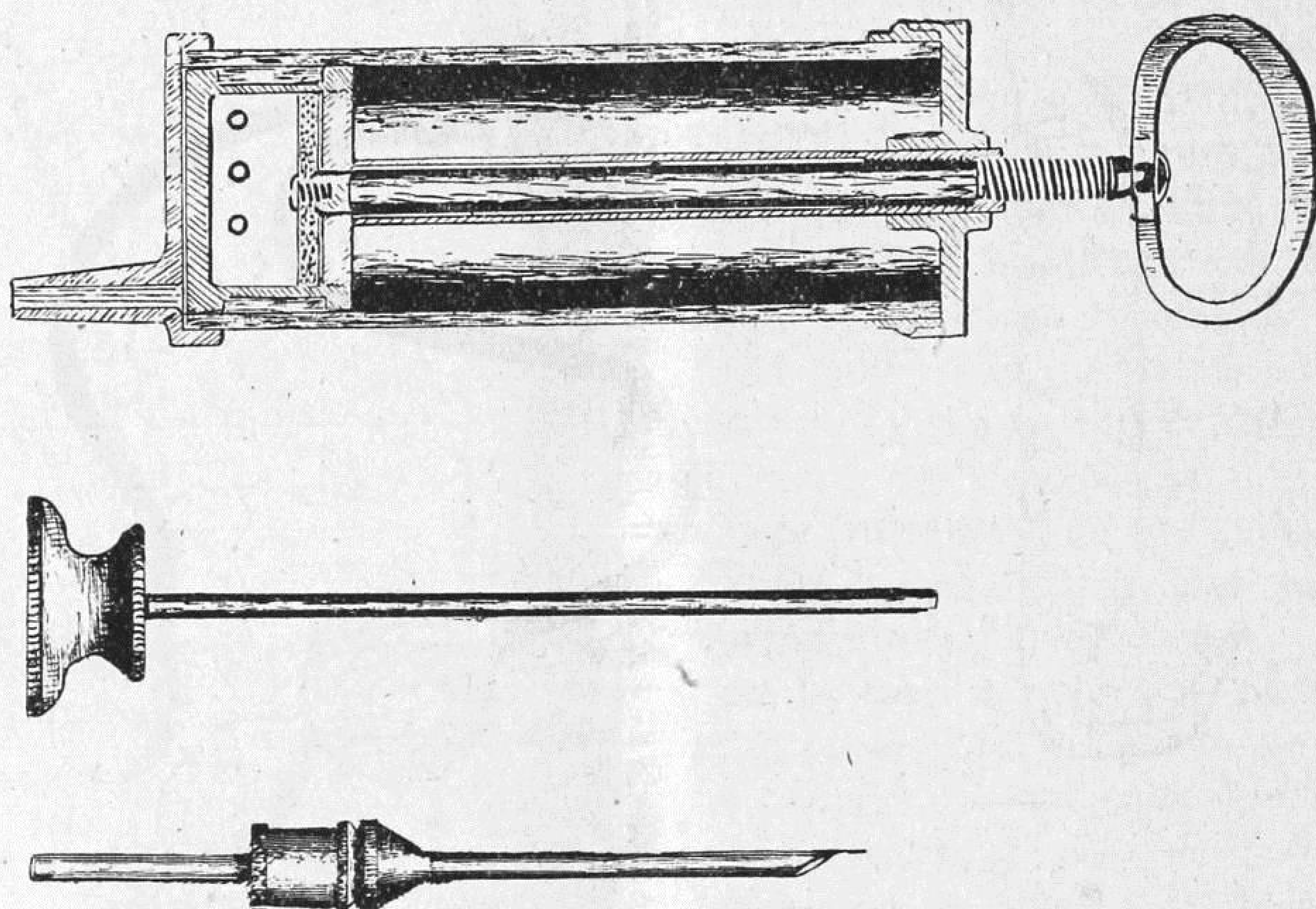


Fig. 3.

In questo modo si compie la paraffinatura della camera della siringa e la tenuta dello stantuffo si fa completa, poichè la miscela colma il sottile spazio tra stantuffo e cilindro.

L'apparecchio si può sterilizzare colla bollitura o in autoclave; quando è perfettamente asciutto si consiglia di spalmare preventivamente un po' di vaselina con un semplice batuffolo di garza sterile prima d'introdurvi lo stantuffo che compirà in seguito la vaselinatura.

A questo punto la siringa è pronta per l'uso; un ago speciale a doppia parete viene introdotto nella vena del donatore e su di esso s'innesta la siringa. Il sangue penetra in genere per pressione propria e l'operatore dovrà solo accompagnare lo stantuffo nella sua escursione facendogli compiere qualche movimento di torsione per essere sicuri di una paraffinatura completa. Quando la siringa è piena s'introduce un ugual ago-cannula nella vena del ricevente, s'innesta la siringa e si compie la trasfusione.

Anche in Italia sono stati ideati e costruiti apparecchi per la trasfusione e sono state proposte ed attuate modifiche e semplificazioni di tecnica. Meritano di essere citati Dossena e Biancheri che presentarono ai Congressi di Chirurgia del 1923 e 1924 due apparecchi per la trasfusione citratata da loro ideati e Rossi F. che presentò pure un apparecchio da lui ideato alla Società di Scienze Mediche e Biologiche di Milano.

Questi non sono i soli che vennero proposti, ma per la resistenza incontrata dalla trasfusione al suo diffondersi, questi metodi non poterono mai spingersi molto all'infuori del raggio d'azione di chi li aveva ideati.

Metodo Dogliotti. — Descriverò qui brevemente un apparecchio più recente studiato e fatto costruire dal Dogliotti nella Clinica di Patologia Chirurgica diretta dal prof. Uffreduzzi. Si tratta di tutto uno strumentario studiato con somma cura nei più minuti particolari e che in realtà ha raggiunto tali limiti di praticità e sicurezza da fargli guadagnare di colpo i favori della critica.

L'apparecchio a « tubi paraffinati multipli » come l'ha denominato l'A. si compone di tre tubi eguali della capacità di 200 cm. cubi circa caduno chiusi alla loro estremità superiore da un cappuccio di vetro la cui tenuta è assicurata da un fermaglio a molla e coll'estremità inferiore piegata ad angolo retto e terminante con un beccuc-

cio che s'innesta a tenuta perfetta sull'estremità dell'ago appositamente modellata (fig. 4). L'estremità del beccuccio è chiusa da un tappo di vetro ad innesto esterno. All'estremità superiore s'innesta una pera di Richardson per la pressione.

Gli aghi hanno un diametro che varia da mm. 1,6 a 2,5. Quello che serve per il ricevente porta posteriormente un ingrossamento cilindrico che ne consente l'innesto diretto, a tenuta col beccuccio inferiore del tubo da trasfusione, e presenta dietro a questo ingrossamento un prolungamento che permette all'ago di pescare nella parte centrale della corrente sanguigna, evitando così la penetrazione in vena di qualche fiocco di fibrina o di qualche piccolo coagulo che potesse formarsi a ridosso delle pareti. Una doppia aletta assicurata a metà dell'ago ne facilita la presa ed il maneggio.

Per l'uso il tubo viene sterilizzato alla fiamma, meglio che coll'ebollizione che richiede in seguito lungo tempo per l'essiccamento, indi viene paraffinato colla tecnica solita su tutta la superficie interna, compreso il cappuccio che chiude il becco inferiore, con paraffina fusibile a 48-50°.

Gli aghi vengono sterilizzati in olio di paraffina a bagno maria.

Qui termina la parte preparatoria. Per l'esecuzione si applica il laccio sul braccio del ricevente, si disinfetta la regione del gomito e s'infigge l'ago col mandrino nella vena più visibile. Fatta la puntura si toglie cautamente il mandrino finchè compare un getto di sangue che assicura di essere penetrati bene nel lume del vaso, indi si risospinge il mandrino in alto fino a fargli ripassare la punta dell'ago e si toglie il laccio. Sul datore, rapidamente, con gli stessi dettagli di tecnica, si pratica la puntura e si raccoglie il sangue che zampilla dall'ago in un tubo, avendo cura di far cadere il getto contro le pareti per evitare la formazione di schiuma (fig. 5). Quando si è raccolta una quantità di sangue di circa 200 cm. cubi, si rimette il mandrino e si porta il tubo al letto del ricevente. Mentre un assistente tiene chiuso con un dito l'orificio superiore del tubo, l'operatore toglie il mandrino dall'ago ed il cappuccio che chiude il becco inferiore del tubo e, lasciato sfuggire un primo getto di sangue, si innesta rapidamente l'ago

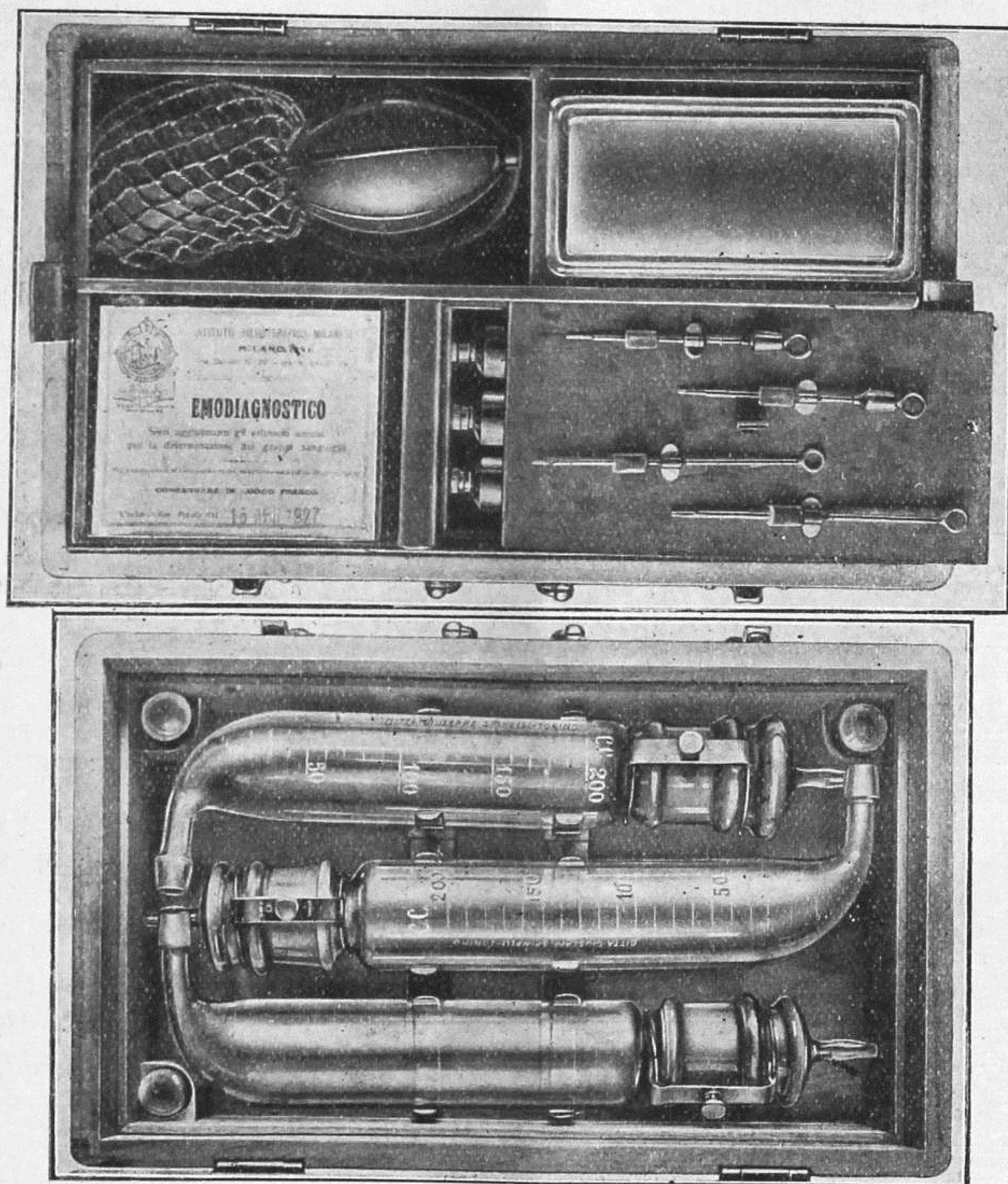


Fig. 4.

mentre l'assistente inizia subito la compressione col pallone di gomma per fare fluire rapidamente il sangue nella vena del ricevente (fig. 6). Se si vuole trasfondere una quantità superiore ai 200 cm. cubi, si inviterà un assistente a prelevare un secondo tubo dal donatore mentre il primo viene

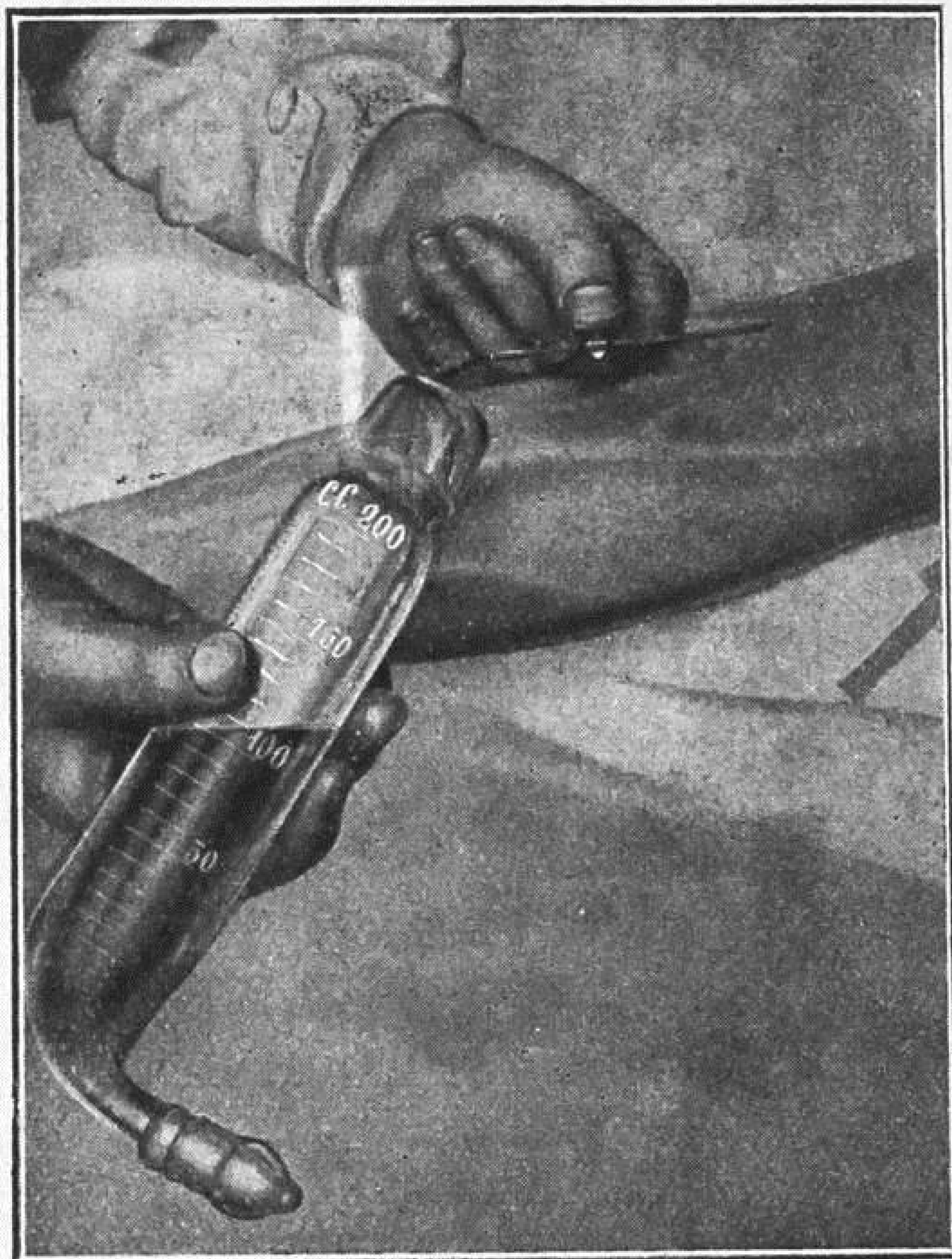


Fig. 5.

trafuso, in modo da non interporre alcuna pausa tra l'uno e l'altro. In questo modo si potranno in breve tempo trasfondere 2-3 tubi di sangue con un quantitativo di 400-500 cm. cubi circa.

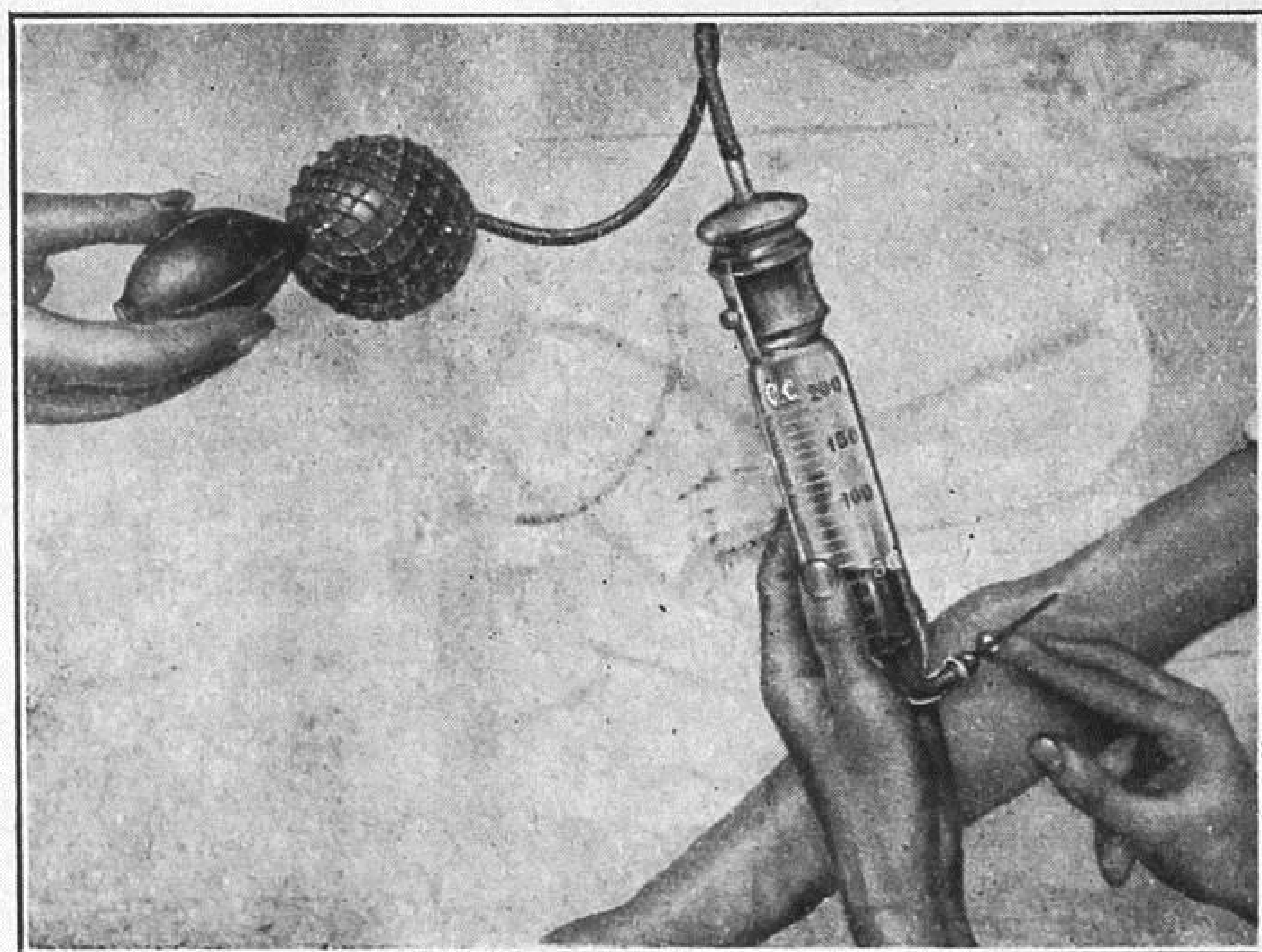


Fig. 6.

Ultimata la trasfusione è sufficiente spalmare una goccia di collodio dove è stata fatta la puntura oppure applicare alcuni giri di benda per qualche ora. L'isolamento della vena si rende necessario solo raramente nei casi in cui le vene sono ricoperte da uno strato molto abbondante di grasso o sono costituzionalmente molto piccole e vuote di sangue.

L'apparecchio è contenuto in una elegante cassetta portante tre tubi, gli aghi, l'emodiagnostico dell'I. S. M. sei tubetti di paraffina sterilizzata, e tutti gli altri accessori occorrenti.

Una accurata e diffusa istruzione fornisce ogni più minuta delucidazione sul modo di preparazione e di esecuzione di una trasfusione, nonchè i dati per determinare i gruppi sanguigni. È veramente meritoria la diligenza con la quale si è voluto fornire a chiunque la possibilità di apprendere e di eseguire con facilità una trasfusione corretta.

CONSIDERAZIONI.

I pregi ed i difetti dei metodi descritti sono di facile rilievo alla semplice lettura dei tempi preparatori e di esecuzione della trasfusione, anche per chi non ha mai direttamente assistito o non ha mai avuto occasione di eseguirla.

Da un punto di vista generale dirò, limitando la mia critica ai quattro metodi che ho più ampiamente trattato, che due di essi, quelli di Percy e di Oehlecker, vanno considerati come metodi più strettamente chirurgici, mentre gli altri due, non richiedendo che eccezionalmente l'isolamento e la legatura della vena, sono di maneggio più semplice e possono essere utilizzati da qualunque medico abbia una buona pratica di iniezioni endovenose.

Questa semplificazione di uno dei più importanti tempi della trasfusione costituisce naturalmente un elemento di superiorità dei metodi di Bécart e di Dogliotti.

Gli inconvenienti che derivano dalla scopertura della vena sono naturalmente più risentiti dal donatore, poichè qui si tratta sempre di una persona sana che non potrà più riprendere subito dopo l'operazione le sue occupazioni, principalmente se queste comportano il lavoro delle braccia, ma dovrà attendere qualche giorno che la ferita si rimargini. D'altro canto la facilità di trovare dei donatori diventa molto minore per la naturale paura che vi è in ognuno a sottoporsi ad un intervento anche piccolo.

Dal punto di vista medico il vantaggio di evitare un intervento chirurgico è notevole. Nel concetto moderno la trasfusione è un'operazione che non deve rimanere ristretta alla cerchia dei chirurghi dei grandi centri, ma deve diffondersi perchè il maggior numero di pazienti possa fruire dei benefici che essa può dare; epperciò s'impone la necessità di possedere metodi che pos-

sano andare per le mani di medici pratici, anche staccati dai grandi centri di soccorso. La semplificazione tecnica è adunque uno dei fattori più importanti di diffusione e solo quando potremo dare al pratico tutti i mezzi per eseguire con facilità le ricerche ematologiche richieste e uno strumentario di semplice uso, la trasfusione potrà essere praticata là dove oggi non è possibile sperarlo.

Il metodo di Oehlecker è quello oggi più diffuso nei paesi centrali. Fra i quattro è il solo che non richiede la paraffinatura dello strumentario, ma la semplice bollitura. Esso è adunque molto semplice nella sua preparazione, come disse Clairmont, ma molto faticoso nel suo esercizio.

La necessità di mettere in diretto contatto datore e ricevente è un fattore negativo del metodo. La trepidazione che è nell'animo dei due pazienti nell'imminenza dell'operazione è aumentata dalla diretta vicinanza e quando si tratta, come spesso succede, di congiunti diretti, specie se donne, può assumere proporzioni da disturbare non poco l'operazione. Per un datore estraneo il contatto diretto con l'ammalato può risvegliare talvolta un senso vivo di ripugnanza. Un altro elemento d'inferiorità di questo metodo sugli altri tre è quello della facilità colla quale il sangue può coagulare. Questo deve passare attraverso troppi elementi eterogenei, vetro gomma, rubinetto metallico, siringa, tutti non paraffinati, e perciò l'occasione per coagulare è facile se non si procede molto rapidamente. Sempre per evitare la formazione di coaguli si richiedono ancora altre manovre complicanti, come l'iniezione ripetuta di siero fisiologico coi numerosi cambi di posizione del rubinetto che ne derivano. Contenendo la siringa soltanto 50 cmc. di sangue, si comprenderà quante volte è necessario cambiarla e iniettare siero fisiologico, sia nel datore che nel ricevente, quando si voglia eseguire una trasfusione di 300-400 cmc. di sangue. Nel cambio della siringa si dovrà inoltre prestare grande attenzione per non lasciare penetrare aria in circolo.

Inconveniente anche maggiore, a mio giudizio, può aversi se l'esecuzione non è affidata a mani molto esperte. Un minimo errore di tecnica nella posizione del rubinetto potrebbe infatti fare penetrare un po' di sangue del ricevente nel circolo del datore, ciò che può avere conseguenze molto gravi se si tratta di forme infettive, come nei casi di setticemia.

Il metodo di Percy è senza dubbio preferibile, per conto mio, a quello di Oehlecker anche se la sua preparazione richiede maggior tempo e presenta qualche difficoltà. Questo è un piccolo inconveniente che è largamente compensato dal potere in seguito eseguire la trasfusione con probabilità infinitamente minori d'incidenti.

Un appunto che è stato mosso a questo metodo è quello della difficoltà di eseguire una buona paraffinatura che garantisca dal pericolo della coagulazione. Io non vedo queste difficoltà se si ha cura di adoperare un tubo perfettamente asciutto e paraffina buona e ben fusa, controllando in modo scrupoloso la sua distensione sulla superficie del vetro. Il lato debole di questo metodo va piuttosto ricercato ancora nella necessità di scoprire la vena e secondariamente nella capacità troppo elevata del tubo. È chiaro infatti che se devono essere raccolti 400-500 grammi di sangue e iniettati, necessita un tempo alquanto lungo e, se per una qualsiasi circostanza imprevista, si fosse costretti ad indugiare un poco, il sangue potrebbe coagulare o per lo meno raggiungere quel grado di modificazione che precede la coagulazione e che, come è stato dimostrato, può già compromettere l'esito della trasfusione. Se si verifica tale inconveniente è una quantità notevole di sangue che va sprecata e che è difficilmente consentito di prelevare nuovamente dallo stesso donatore per non aggravare troppo il salasso, per cui se non si ha a disposizione un altro datore si corre rischio di dover rinunciare alla trasfusione.

Il metodo di Bécart utilizza, come quello di Oehlecker, una siringa per l'aspirazione del sangue, ma la tecnica è completamente diversa. Qui abbiamo una siringa paraffinata ed è abolito completamente tutto il sistema di cannule e rubinetto che esistono in quello di Oehlecker. A differenza di questo inoltre ha il grande vantaggio di non richiedere lo scoprimento della vena e di permettere di operare su soggetti posti anche in due diverse stanze, purchè vicine. Questo metodo realizza adunque un notevole progresso sui due precedenti dando maggior garanzie di riuscita.

Il Quarella, che se ne è servito in una serie numerosa di trasfusioni, ha potuto sperimentarlo a fondo e vagliarne, colla competenza acquistata, i pregi ed i punti deboli. In un suo pregevole lavoro egli pur dimostrandosi favorevole in massima alla tecnica originale di Bécart, fa notare come il primo tempo e cioè la presa del sangue riesca talora in modo imperfetto. Il riempimento della siringa infatti non avviene sempre, come dovrebbe succedere, per pressione propria del sangue, ma talvolta lo stantuffo si arresta nella sua ascensione, obbligando l'operatore a fare leggere trazioni che non sempre conseguono lo

scopo ed a ricorrere quindi a movimenti della siringa per modificare la posizione dell'ago. Malgrado ciò l'esito talvolta non è favorevole e l'operatore è costretto a staccare la siringa perdendo così un tempo prezioso che può compromettere irrimediabilmente l'esito della trasfusione. Pure alquanto imperfetti appaiono gli aghi che, a causa dell'estremità smussa della tonaca esterna che fa sporgenza circolarmente alla base della punta, trovano talvolta difficoltà a penetrare nel lume del vaso.

Per ovviare a questi inconvenienti della tecnica il Quarella, molto opportunamente, ha proposto di modificare il primo tempo servendosi del cilindro della siringa a mo' di ampolla per raccogliere il sangue che zampilla dall'ago, utilizzando poi la siringa vera e propria per l'iniezione. Egli viene così a realizzare un principio completamente diverso, quello cioè dei metodi ad ampolla, molto più pratici a nostro avviso, tanto più che appare dimostrato che il contatto del sangue coll'aria non costituisce affatto motivo d'inquinamento.

Anche rispetto agli aghi il Quarella ha proposto utili modifiche facendo costruire aghi a punta sottile e non troppo lunga col mandrino smusso e portanti un prolungamento posteriore che arriva ad affiorare al fondo della siringa.

Il tempo dell'iniezione è di regola facile colla siringa di Bécart, ma è necessaria però anche qui molta pratica nel dosare la pressione sullo stantuffo e nel manovrare il manico che governa la vaselinatura, per non lasciare refluire parte del sangue al disopra dello stantuffo stesso.

Per di più trattandosi di un tutto rigido è ovvio che qualunque movimento un po' brusco e qualunque sforzo mal dosato, può portare con tutta facilità a spostamenti dell'ago.

Il metodo a « tubi paraffinati multipli » del Dogliotti è fondato sul principio dei metodi ad ampolla, come quello di Percy, ma presenta notevole vantaggio su questo non richiedendo l'isolamento e l'incisione della vena. È inutile ripetere qui l'importanza di questo particolare di tecnica che semplifica di molto l'operazione e conserva l'integrità della vena che potrà servire ancora se si ripresenterà la necessità di praticare nuove trasfusioni. L'altro inconveniente, seppure minore, del metodo Percy dovuto alla capacità troppo elevata del tubo, viene pure eliminato con questo metodo che si serve di tubi giustamente dosati ad una capacità di 200 cm. cubi cosicchè il riempimento e l'iniezione di uno di essi non richiede in media oltre 3-5 minuti di tempo. In questo modo si è sicuramente salvaguardati dal pericolo della coagulazione.

Di notevole praticità sono anche gli aghi che eliminano l'inconveniente già segnalato dal Quarella per quelli di Bécart a doppia parete. Il prolungamento posteriore che esiste nell'ago per il ricevente, va riguardato come una modificazione molto utile, poichè elimina quasi totalmente la possibilità che qualche piccolo coagulo eventualmente esistente sulle pareti del tubo possa imboccare il lume dell'ago. Inoltre la presenza di due alette laterali rende molto agevole il maneggio dell'ago mentre l'innesto diretto dell'ingrossamento cilindrico posteriore dell'ago col beccuccio inferiore del tubo da trasfusione, abolendo ogni raccordo eterogeneo, allontana i pericoli della coagulazione abbreviando e semplificando le vie di deflusso del sangue. La pressione poi che si esercita colla doppia pera di gomma è facilmente graduabile, ed è completamente resa indipendente dal tubo che è tenuto perfettamente immobile, senza pericolo di scosse, dall'operatore.

Questo metodo, esaminato con spirito sereno di critica, presenta indubbiamente dei titoli di superiorità sugli altri poichè assomma in sè notevoli vantaggi e non pecca di manchevolezze tali da infirmare l'esito della trasfusione. Per il pratico s'aggiunga la comodità che ne deriva essendo compreso nella cassetta dell'apparecchio, oltre a tutti gli accessori necessari per la trasfusione, anche l'emodiagnostico dell'I. S. M. che consente una rapida, facile e sicura determinazione del gruppo sanguigno.

In un centinaio di trasfusioni che ho potuto osservare, ed in parte personalmente praticare con questo metodo nella clinica di Patologia Chirurgica, in Reparti Ospedalieri e presso privati, io non ho avuto occasione di osservare mai il verificarsi d'incidenti spiacevoli. Solo raramente, in casi di persone molto emaciate, con vene molto piccole ed afflosciate, si è dovuto ricorrere all'isolamento della vena, naturalmente soltanto nel ricevente.

Se la pratica della trasfusione potrà presto diffondersi, come io mi auguro, anche in Italia, come già è avvenuto in paesi all'avanguardia di ogni felice conquista scientifica, io sono persuaso che questo metodo potrà rendersi sommamente utile; oltre che per i fondamentali e riconosciuti vantaggi tecnici che presenta esso dovrà essere preferito anche perchè Italiano, poichè appare evidente che in ogni altra nazione esiste un po' di nazionalismo anche nell'uso di apparecchi e di prodotti scientifici.

NOTE POLEMICHE.

ISTITUTO DI CLINICA CHIR. DELLA R. UNIV. DI ROMA.
Direttore: Prof. R. ALESSANDRI.

La critica cronologica del prof. Fichera.

R. BRANCATI.

Nella rassegna bibliografica dell'Archivio « Tumori », anno XIII, serie II, vol. I, fasc. I-II, pag. 138, il prof. G. Fichera ha pubblicato una recensione delle seguenti tre note del dott. Brancati: *Tumori da ingestione di catrame nello stomaco dei rosicanti.* Atti R. Accad. Med. di Roma, anno LI, 1924-25; *Tumori sperimentali rari da stimolo (catrame radio).* Atti R. Acc. Med. di Roma, anno LII, 1925-26; *Tumori sperimentali.* Atti della Società Ital. di Chirurgia, XXXIII adun., 25-28 ottobre 1926.

Il dott. Brancati risponde alla critica con la seguente nota.

La recensione del prof. Fichera apparsa nel primo numero dell'anno XIII della rivista *Tumori*, distribuito il 24 giugno 1927 riguardante tre mie note sui tumori non può, credo, far impressione a chi conosce i miei lavori e la psicologia del censore, secondo cui avrei tratto da miei banalissimi esperimenti notizie vecchie, affastellando insieme con inesattezze di pensieri, di nomi e improprietà di linguaggio fatti oramai sorpassati dal tempo. Ma il tempo che volge imparziale per tutti mi dà agio al rilievo di un fatto cronologico che può avere importanza per spiegare il tono su cui è accordata la nota suddetta intramezzata da dolci richiami e da consigli linguistici. Sta di fatto che il prof. Fichera ha scritto questa nota alcuni mesi addietro e ne ha distribuito gli estratti il 31 marzo 1927, a tre giorni di distanza dalla prima riunione della Commissione giudicatrice del premio dei Lincei sulla « Patologia del cancro » a cui concorrevano, fra altri, il prof. Fichera e il dott. Brancati. La Commissione si è infatti riunita il 3 aprile 1927 ed ha assegnato il premio al prof. Pentimalli.

Ed ora veniamo ai fatti sostanziali, di cui, tralasciando le affermazioni inutili come quella di credere che gli studiosi italiani facciano man bassa sulle recensioni della rivista *Tumori*, senza consultare altre riviste e tanto meno articoli originali, voglio rilevare questi essenziali: 1) Buschke e Langer, Menetrier hanno ottenuto tumori da catrame nello stomaco dei ratti; 2) ai vari tipi di tumori spontanei e a quelli da catrame sono nella stessa maniera recettivi i topi e i ratti; 3) nei tumori da catrame influisce un fattore generale; 4) Kazama, Polettini, Maisin e Picard hanno ottenuto tumori nella cistifellea e nella vescica.

L'esperimento di Buschke e Langer (*Tumorartige Schleimhautveränderungen im Vormagen der Ratten infolge von Teereinwirkung*, Zeitschrift f. Krebsforsch., Bd. 21, 1924, pag. 1) consisteva nell'iniettare il catrame nel retto. « Die Iniektionen wurden 1-2 mal wöchentlich je nach dem Zustand der Tiere mit einer 1 ccm. Rekord-spritze, auf die eine stumpfe Ansatzkanüle aufgesetz wurde, vorgenommen ». Così procedendo trovarono nello stomaco alterazioni che si possono compendiare in una « ipercheratosi maligna ». Per spiegarne la patogenesi gli AA. pensarono dapprima che « die Tiere sich dem Teer ablecken und fressen ». Ma tale evenienza venne esclusa; infatti... « Demgegenüber sei darauf hingewiesen, dass wir Fütterungsversuche mit Teer angestellt haben, indem wir ganz kleine Mengen dem Futter beifügten, dass die Tiere das teerhaltige Futter nie angerührt und lieber gehungert haben. Ebenso haben wir auch bei genauer Beobachtung bald nach dem Teeren nie ein Ablecken des Teeres feststellen können ». Esclusa con esperienze ripetute la possibilità che il catrame potesse essere penetrato per la bocca gli AA. per spiegare la patogenesi della ipercheratosi maligna nello stomaco sono costretti ad ammettere « dass die toxischwirkenden resorbierten Stoffe entweder über das vegetative Nervensystem der Bauchorgane allein gewissermassen als Reflexwirkung die Veränderungen auslösen, oder aber dass es sich um nervös-sympathische Reaktionen handelt, die zunächst Veränderungen am Gefässsystem hervorrufen, worauf z. B. die zum Teil recht beträchtlichen Gefässwandverdickung hinweisen. Als weitere mögliche Hypothese ist natürlich auch zu erwägen dass primär durch die resorbierten Reizstoffe eine Giftwirkung auf das innersekretorische System ausgeübt wird, und dass die Magenveränderungen erst auf dem Umwege über dieses zustande kommen ».

Come si vede Buschke e Langer non solo escludono la possibilità che il catrame possa penetrare per la bocca, ma vanno a ricercare ipotesi vaghe con le quali del resto non possono dimostrare il nesso. Con le mie esperienze la patogenesi delle neoformazioni gastriche è semplificata ed anche i risultati di Buschke e Langer possono mettersi in rapporto con l'introduzione del catrame per la via orale benchè gli autori si ostinassero a farlo penetrare per quella aborale.

Menetrier (*Cancer*, Baillière, Parigi, 1926, pagina 157) nel luglio 1924 ha avuto in un ratto lo sviluppo di un cancro dello stomaco che « a été le résultat d'injections de goudron, pratiquées pendant plusieurs mois, non dans la cavité de l'organ, mais à sa face externe et dans les tissus environnants ». Anche questa modalità di esperi

mento è completamente diversa dalla mia. Io lasciavo penetrare il catrame per le vie naturali, insieme con gli alimenti, senza provocare alcuna lesione meccanica sulla parete gastrica, come fece ripetutamente Menetrier. Le mie osservazioni sulle neoproduzioni dello stomaco negli animali alimentati con piccole dosi di catrame vengono confermate dalle ricerche di Bonne (*Ueber Geschwülste bei Teertieren.* Zeitschr. f. Krebsf., Bd. 25, H. 1, maggio 1927) che trovava nel prestomaco di topi pennellati sulla cute con catrame, dei papillomi e dei veri carcinomi con tendenza infiltrativa, che si avevano in un maggior numero quando « den Teer mit einem Pinsel im Munde und um den Mund herum appliziert ». Questa modalità di far penetrare il catrame nello stomaco non mi sembra differente dalla mia fatta con l'ingestione insieme con gli alimenti. E la conferma è tanto più valida per il grande numero di neoformazioni che Bonne trovava nei topi che ingerivano il catrame posto direttamente nella bocca in confronto con quelli pennellati sulla nuca: « Diese Serie zeigte eine viel höhere Prozentzahl Magenpapillome als die Mäuse vom selben Alter, bei welchen die Rückenhaut geteert wurde. Bei 5 Mäusen von 4 bis 6 Monaten fand ich 0 Papillome, bei 16 Mäusen von 7-12 Monaten 5, und bei 29 von 13-18 Monaten 11, und 1 Maus von 19 Monaten war auch positiv ». Come si vede, conferma più netta alle mie esperienze non poteva essere data, nè a questi fatti può opporre obbiezione il prof. Fichera, quando il Bonne, direttore dell'Istituto per lo studio del cancro di Amsterdam, in una lettera mi ha così scritto il 18 novembre 1925: « Vous avez réussi, pour la première fois, je crois, d'obtenir des vrais cancers de l'estomac du rat et de la souris en mélangeant le goudron avec la nourriture de ces animaux ».

L'importanza delle mie esperienze, per quanto contestata dal prof. Fichera, è ancora messa in evidenza dallo stesso Bonne in una lettera inviatami il 24 dicembre 1925: « Mais ce qui m'intéresse plus que ces détails histologiques c'est le fait qu'il parait possible de faire naître des tumeurs dans une certaine partie du canal intestinal sous l'influence de matières ingerées ».

Menetrier attribuisce valore all'aver ottenuto un epitelioma del ratto poichè ha visto che « jusqu'ici (1926) le goudron, appliqué en badigeonnages sur la peau du rat, n'a pas donné de cancer. Et que les injections sous-cutanées ou intraglandulaires n'ont, chez cet animal, dans les quelques cas suivis de formations néoplasiques, produit que des sarcomes». Anche Buschke e Langer con le pennellature di catrame sulla cute dei ratti non hanno visto formazione di tumori: « Es trat lediglich unter Atrophie der Haarfollikel ein circumscripter Haarausfall ein ». Col servirmi di autori non italiani non cerco di nascondere fatti sfatati da Dentici sulla recettività dei ratti al catrame come è asserito dal prof. Fichera, poichè io pongo la domanda esplicita: quali e quanti tumori ha osservato Dentici nei ratti pennellati con catrame? Lasciando da parte le considerazioni se le alterazioni di ispessimento e di ipercheratosi ottenute da Dentici nei topi possano rappresentare le vere neoformazioni maligne riscontrate in tali animali da altri autori, è certo che Dentici non ha mai ottenuto proliferazioni neoplastiche nei ratti. Egli infatti (*Sulla genesi dei tumori sperimentali da catrame.* Tumori, a. X, pag. 151) così descrive le alterazioni riscontrate sulla pelle con le pennellature in ratti e topi: « caduta dei peli, ispessimenti della cute più o meno notevoli, piccoli nodi infiammatorii, ulcerazioni limitate e superficiali, che sovente volgono a guarigione, formazione di croste. Queste modificazioni vennero con più frequenza riscontrate nei topini e in un periodo che va dai primi giorni fino al 4º o 5º mese di trattamento; qualche volta, ma meno frequentemente, si osservarono pure nei ratti ». Queste alterazioni secondo lo stesso Dentici non rientrano fra le neoplasie. Più avanti troviamo: « Produzioni epidermiche verrucose e neoformazioni atipiche si ottennero in 15 (14 topini e 1 ratto) degli animali più a lungo sopravvissuti al trattamento. In otto topini ed un ratto le efflorescenze cutanee dopo aver raggiunto una data grandezza (in genere quanto un grano di miglio o di frumento) si mantennero della stessa forma e non subirono modificazioni di volume apprezzabili; in 4 casi esse andarono incontro a processo involutivo poichè a poco a poco si atrofizzarono fino a scomparire, lasciando solo una piccola traccia nella zona di impianto; in un topino l'efflorescenza assunse l'aspetto di un vero corneoma a forma papillare ».

Dallo studio di questi casi appare evidente che in un solo ratto Dentici ebbe la formazione di un nodulino della grandezza di un grano di miglio o al massimo di frumento, che a buon conto non considera come neoplastico, tanto più che si può pensare che esso appartenga a quelle quattro efflorescenze come grani di miglio che spontaneamente regredirono.

Il prof. Fichera attribuisce una grande importanza agli organi interni per la produzione dei tumori da catrame e tutti possiamo invero pensare lo stesso. Anche Roesch (*Drei verschiedene Carcinome bei einem Paraffinarbeiter.* Wirchows Arch., 1923) quando osservò in un lavoratore di paraffina tumori epiteliali multipli a struttura diversa credette di ammettere una speciale disposizione organica individuale; ma la dimostra-

zione precisa della partecipazione in un senso favorente od ostacolante dei vari organi, come abbiamo visto nella biologia dei neoplasmi da trapianto, finora non esiste. Nè parlano del resto in favore i risultati di Fibiger (*Etat actuel des recherches sur la production expérimentale du cancer*. Acta chir. scand., 1922) e di Parodi (*Sulla produzione sperimentale del carcinoma da catrame*. Pathologica, 1923, pag. 576) il quale ultimo così si esprime: « i tempi nei quali gli animali splenectomizzati finora osservati dimostrano la produzione palese delle verruche, corrispondono a quelli che comunemente si osservano a carico degli animali integri. Non risultano per ora dati che depongano per un decorso singolarmente rapido e precoce della produzione carcinomatosa nell'ambito degli animali splenectomizzati ».

Ugualmente non lasciano assegnare alcun valore alle ghiandole sessuali i risultati di Maisin, Desmet e Jacqmin (*Influence de la castration sur l'éclosion et l'évolution du cancer du goudron chez la souris blanche*. Comp. rend. de la Soc. de Biol., 1926, pag. 769) che avrebbero osservato una più precoce evoluzione dei papillomi in cancri (29 giorni) ed un maggiore numero di metastasi (72,7 %) nei topi castrati rispetto ai topi normali di controllo, potendosi ad essi contrapporre i risultati nulli avuti da Parodi: « negli animali castrati, il tempo nel quale la prima produzione di verruche si manifesta non apparisce diverso da quello che è proprio degli animali integri ».

Il rilievo fattomi dal prof. Fichera sull'azione tossica del catrame potrebbe legittimamente essermi fatto da Deelman il quale nel 1917 (*Ueber experimentelle maligne Geschwülste durch Teereinwirkung bei Mäusen*. Zeitsch. f. Krebsf., 1922, pag. 263) aveva visto che i conigli pennellati nell'orecchio con catrame dimagravano e morivano in pochi mesi: « sie (conigli) wurden stets magerer und starben nach einigen Monaten »; e la ragione veniva rintracciata in alterazioni degli organi interni: « bei section unserer abgemagerten Tiere constatierte ich eine sehr starke parenchymatose Degeneration der inneren Organe ». Non basta che Dentici abbia osservato in seguito alterazioni degli organi interni confermate da Polettini, Balbo, Borghi, Franco e Affonsò, poichè questi ultimi autori sono molto prudenti nella interpretazione delle alterazioni, esprimendosi in questi modi (Franco e Affonso. *Le alterazioni istologiche di alcuni organi interni dei topi trattati con il catrame*. Pathologica, 1926, pag. 8): « Riassumendo le lesioni riscontrate negli organi esaminati sono congestive, essudative, degenerative e produttive. E tutte sono attribuibili ad uno stimolo infiammatorio cronico. Le cause di tale stimolo possono essere state molteplici. Avventato sarebbe il volerle riportare ad un agente etiologico unico. Dobbiamo infatti considerarne almeno tre: 1) l'intossicazione prolungata da catrame o di qualche sostanza in esso contenuta e forse anche l'azione meccanica di questa sostanza sugli elementi dei tessuti; 2) lo sviluppo dei tumori maligni coi loro prodotti di ricambio, colle sostanze che si separano dalle loro larghe zone necrobiotiche e passano nella circolazione; 3) la suppurazione cronica dei tumori ulcerati ».

Su questo punto esistono ancora molti dubbi ed allo stato delle cose non possiamo senz'altro ammettere come dimostrata la partecipazione degli organi interni nella patogenesi dei tumori da catrame. Nè io mi dichiaro contrario a tale ipotesi che del resto ho sempre tenuta presente nelle mie osservazioni; dico soltanto che la via battuta a somiglianza dei tumori da innesto non ha dato finora risultati evidenti. Questo è un giusto riserbo e non come dice il prof. Fichera un andazzo tedesco da me seguito. L'avere ormai sicuramente accertato che i granuli di catrame si rinvengono nei vari organi (ed io aggiungo che l'ho riscontrati nei feti di femmine di ratto gravide alimentate con piccole dosi di catrame ed asfalto e quindi passati attraverso la placenta) senza che in essi sorgano tumori, non credo che possa deporre per la compartecipazione degli organi interni. Nè può destare meraviglia a qualcuno, come sembra al prof. Fichera, che in tali sedi, pur in grado intenso infiltrate, non sorga alcun tumore. Anzi ciò contribuisce nella dimostrazione da me data che il granulo di catrame può essere inglobato da vari elementi cellulari, non solo dalle cellule di Kupffer ma dalle cellule epatiche, da quelle secernenti gastriche, intestinali, senza dare in essi mai luogo a proliferazione alcuna; soltanto nelle cellule basali della mucosa del prestomaco può dar luogo a neoproduzioni. Si deduce che il catrame può penetrare in svariati elementi e solo in taluni destarvi i fenomeni proliferativi. Altre sostanze o altre proporzioni susciteranno le proliferazioni negli altri elementi.

La frequenza dei vari tipi di tumori spontanei nelle due specie di roditori, topo e ratto, a parte che attualmente anche in Italia non si posseggono che sarcomi di ratto e adenocarcinomi di topo, è nettamente stabilita da Lewin (*Die bösartigen Geschwülste*, Leipzig 1909, pagg. 19, 30, 32): « wir wissen aber jetzt weiter, dass einerseits gewisse Geschwülstformen bei bestimmten Tierspezies so prävalieren, dass sie geradezu als *spezifisch* für diese Tierklasse angesehen werden können, so die *Karzinome* bei *Mäusen* und *Sarkome* bei *Ratten*... ». « Spontane *Sarkome* bei der *Maus* sind an und für sich selten... ». « Während die bösartigen Mäusegeschwülste in fast 95 % aller Fälle nämlich *Karzinome* der Mamma sind, *Sar-*

kome aber nur sehr selten vorkommen, zeigt sich bei den Ratten gerade das entgegengesetzte Verhalten. Die meisten malignen Tumoren der Ratte überhaupt, insbesondere diejenigen, welche transplantierbar sind, sind *Sarkome* ». Queste notizie Lewin detrae dalle osservazioni di Morau, Borrel, Ehrlich, Apoland, Bashford, Haaland, Michaelis, Firchet, Velich, Lubarsch, Leo Loeb, ecc.

A proposito del caso di papilloma della vescica ottenuto da me nel ratto con la ingestione di bleu di anilina, il prof. Fichera ricorda i neoplasmi ottenuti nella cistifellea della cavia da Kazama (*Studies on the artificial production of tumour in the viscera.* The Japan medical World, vol. IV, n. 11, 1924) e da Polettini (*Sul cancro sperimentale da catrame.* Pathologica, 1923, pag. 433) con l'iniezione locale di pityrol, lanolina o di catrame, cui potrebbero aggiungersi quelli di Leitch (*Gall stones and cancer of the gall bladder.* British Med. Journ., 1924); ed ancora richiama il cancro della vescica provocato da Maisin e Picard (*Production expérimentale d'un épithélioma épidermoïde de la vessie chez le rat blanc.* Comp. rend. de la Soc. de Biol., n. 28, 1924) con l'immissione nella vescica di un calcolo fatto di paraffina, catrame e rosso scarlatto; osservazioni note anche a chi segue superficialmente la letteratura sui tumori. Ora io domando: quale nesso esiste tra queste esperienze con le mie? Io ho utilizzato il bleu di anilina e l'ho fatto penetrare nell'organismo per la via gastroenterica e la sostanza è passata per eliminazione dalla via renale; gli altri hanno usato l'immissione di un calcolo a base di catrame, i primi nella cistifellea, i secondi nella vescica. Non c'è chi non veda l'enorme differenza di procedimento e la modalità d'azione delle sostanze del tutto diverse. La osservazione sperimentale mia convalida i casi clinici dei tumori vescicali nei lavoratori di anilina ed indica una nuova porta d'entrata dell'anilina finora ritenuta esistente soltanto nelle vie della respirazione; mentre le proliferazioni ottenute con le iniezioni locali di catrame non hanno alcuna importanza per la patogenesi dei tumori da anilina.

Nel leggere la critica scritta dal prof. Fichera si riceve una sensazione penosa perchè manca di qualunque senso di tranquilla obbiettività. Una sola idea pervade tutto lo scritto ed è di annientare quanto io avevo osservato; ciò che si può comprendere ripensando all'epoca in cui la nota fu compilata. Voglio terminare con questa affermazione: se io ho scritto solo tre brevi note, così aspramente censurate dal prof. Fichera, posseggo invece un materiale abbondante, tale da scrivere molto e molto di più e non succederà mai il viceversa per non seccare il prossimo che tranquillamente lavora.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Diagnosi e terapia della sclerosi multipla.

(SCHLESINGER. *Supplem. Wien. Klin. Woch.*, a. XL, fasc. 31).

Non sempre in questa malattia è presente al completo la triade classica di Charcot: nistagmo, tremore intenzionale, parola scandita, specialmente in uno stadio del male poco avanzato. Le forme atipiche sono numerose e talora stupisce la scarsezza in esse dei sintomi clinici in confronto del copioso reperto anatomico.

Così non è fuor di luogo ricordare i segni meno consueti di sclerosi multipla.

La cosiddetta neurite ottica retrobulbare, che si diceva causata dai più svariati momenti etiologici (intossicazioni, infezioni, gravidanza, reumatismo), si è affermata nel maggior numero dei casi come un segno della sclerosi multipla. L'esame oftalmoscopico la rivela, sotto forma di atrofia della papilla. Inoltre, il decorso clinico ne è assai caratteristico, con le sue regressioni senza causa apparente, che durano talora molti mesi e che hanno potuto sembrare a molti la conseguenza di cure svariate, anche operatorie, mentre queste non avevano un rapporto causale col miglioramento dei sintomi visivi. L'A. afferma che, specie in periodo iniziale, la neurite retrobulbare non sta in rapporto con fenomeni di paralisi o di arresto della funzione, ma con le oscillazioni fortissime di innervazione, caratteristiche della sclerosi multipla.

L'isterismo e la neurastenia sono fedeli compagni della sclerosi a placche. È così che, una volta stabilita la diagnosi di isterismo, il medico superficiale tutto riferisce ad esso: le alterazioni visive, le paralisi, i disturbi della deambulazione, della minzione! Talora una regressione dei sintomi coincide con la terapia di suggestione istituita dal medico e ciò non fa che consolidare l'errore.

Transitorie sono anche nella sclerosi a placche le paralisi dei muscoli oculari, specie negli stadi iniziali, e tale labilità di esse è causa di errori diagnostici. Spesso si battezzano come reumatiche anche queste paralisi, mentre la loro constatazione deve sempre far pensare ad una seria affezione del sistema nervoso, il quale dev'essere esaminato tutto e accuratamente, per ricercare o una tabe, o una paralisi progressiva, o una siringomielia, o una sclerosi a placche, o una lues cerebrale, ecc.

La stessa parola scandita, il sintoma più caratteristico della sclerosi a placche, può esser fonte di errori diagnostici, potendosi confondere

coi disturbi della favella dei paralitici progressivi, tanto più che in essi anche altri complessi sintomatici si avvicinano a quelli della sclerosi.

E così dicasi dei sintomi a carico della vescica, pur essi instabili e riferiti o all'isterismo o a malattie delle vie urinarie; essi consistono in ritenzioni d'urina, tenesmo, incontinenza, talora combinati tra loro in varia guisa (*vescica irritabile*).

Le paresi motorie, sotto forma apoplettica (emiplegie o monoplegie) o spinale (paraplegie), e le alterazioni della sensibilità, così spesso transitorie anch'esse, vengono non di rado riferite all'isterismo. Ma in questo non si troverà mai una paraparesi spastica, con accentuazione dei riflessi addominali, clono del piede, e fenomeno dorsale. L'isterismo può dare alcuni disturbi che si avvicinino a quelli dati dalla sclerosi, ma non potra dare un complesso sintomatico caratteristico.

Molte sono le forme atipiche di sclerosi ad inizio monosintomatico: molte forme di mielite cronica sono da porsi in conto della sclerosi, e così dicasi della paralisi spinale spastica. Una parte dei casi di quest'ultima malattia è congenita e familiare, un'altra parte è dovuta a siringomielia, un'altra a compressione midollare da spondilite, un'altra ancora a sifilide; ma la maggior parte è indizio di sclerosi a placche ed è a questa malattia che si deve pensare quando ci si trovi in presenza di un quadro di paralisi spinale spastica, escludendo, beninteso, le altre affezioni di cui sopra, con lo studio accurato dei sintomi.

Non si tacerà dei casi di sclerosi a forma cerebellare col quadro di un tumore (cefalea, papilla da stasi, vertigini, polso da compressione cerebrale, ecc.), nei quali valenti neurologi commisero errori diagnostici, svelati all'autopsia o all'intervento chirurgico sul cranio. Nei casi nei quali non si possa con certezza emettere una diagnosi esatta, la si lasci piuttosto in sospeso tra tumore cerebellare e sclerosi a placche.

Riguardo alla *cura* della sclerosi a placche, si deve dire prima di tutto che ogni causa di indebolimento dell'organismo rappresenta un colpo di frusta al progredire del male. Così vediamo ragazze malate di sclerosi le quali, in seguito al matrimonio con la sua sequela di momenti debilitanti di ogni genere (preoccupazioni, maggior lavoro, gravidanza, allattamento, ecc.), peggiorano considerevolmente. E viceversa assistiamo a miglioramenti notevoli in alcuni malati, miglioramenti che sono dovuti al solo fatto dell'ospedalizzazione.

Si dovrà quindi impedire alla donna un nuovo concepimento e si dovrà prescrivere a questi malati in genere una vita di riposo e di cure sintomatiche (stomachici, nervini, arsenico, ferro, ecc.).

Benèfici effetti in qualche caso potrà arrecare la elettroterapia, specie con correnti faradiche, contro le paresi.

Beneficio notevole apportano contro gli stati irritativi i bagni caldi usati con prudenza; in seguito a questa pratica i malati sono più tranquilli, dormono di più e migliorano. Così dicasi dell'effetto dei bagni radioattivi e acido-carbonici.

Una terapia medicamentosa causale non esiste: vennero usati gli spirocheticidi a base di arsenico, nell'ipotesi che delle spirochete fossero la causa della malattia, ma senza effetti notevoli, e così dicasi dei preparati di antimonio, dimostratisi, oltre che inefficaci, assai tossici.

Oltre l'arsenico e il ferro già citati, si potranno adoprare chinina e stricnina nell'intento di ricostituire le forze dell'organismo.

Acque arsenicali (Roncegno, Levico) e ferro sotto forma organica sono consigliabili.

Il glicerofosfato di sodio, la Kola, e altri nervini posson giovare negli stati di indebolimento o di irritazione. Nulla si può ancora dire sulla proteinoterapia aspecifica e sulla piretoterapia (malarizzazione, ecc.).

Non si trascureranno in singoli casi i bagni di luce, di sole, di aria, e il sole artificiale d'alta montagna.

GARRONE.

I postumi psico-nervosi organici della commozione cerebrale.

(KRISH. *Deutsche Mediz. Woch.*, 29 aprile 1927).

La commozione cerebrale suole lasciare disturbi psico-nervosi più o meno gravi e più o meno permanenti, la cui natura importa precisare a scopo prognostico e medico-legale, potendo trattarsi di disordini puramente funzionali o in rapporto ad alterazioni organiche.

In ogni caso del genere conviene indagare se al momento dell'accidente vi fu perdita di coscienza allo scopo di accertare che si trattò veramente di una commozione cerebrale. È importante anche precisare la durata dell'incoscienza. la quale è in certo rapporto con la gravità del danno subito dal cervello, e se vi è amnesia retrograda. Questo fenomeno è generalmente sconosciuto ai profani e quindi è molto utile per saggiare la sincerità del soggetto. Conviene tuttavia tener presente che le amnesie retrogradi sono relativamente rare.

Comunque è da rilevare che la commozione cerebrale anche con perdita di coscienza ed amnesia retrograda non lascia costantemente e necessariamente postumi permanenti.

I fenomeni organici psico-nervosi generali cronici che possono seguire alla commozione cerebrale sono molteplici.

Innanzi tutto i soggetti lamentano smemoratezza ed incapacità di attenzione. Questo disturbo è specialmente notevole nelle persone che attendono a professioni intellettuali.

Un altro sintomo tipico è la grande labilità vasomotoria. Pochi sono i traumatizzati che nel sollevarsi dopo essere inchinati non hanno il viso congesto. Questi fenomeni vasomotori del resto si verificano ad ogni improvviso e considerevole mutamento di posizione, ad esempio al mattino al levarsi dal letto si possono avere offuscamenti di vista e sensazioni vertiginose.

È inoltre caratteristica la notevole ipersensibilità nel campo di tutti i sensi, sopratutto verso gli stimoli luminosi molto vivi e verso i rumori. Tali pazienti perciò diventano insocievoli ed evitano gli ambienti chiassosi.

Un altro sintomo è la reattività esplosiva, che ricorda quella degli epilettici, e può manifestarsi sia a crisi sia come un elemento costante del carattere. Vi sono pazienti che sono continuamente in preda ad uno stato d'irrequietezza interna con forte irritabilità senza però tendenza alle esplosioni affettive.

Molto spesso si ha anche ipersensibilità verso i veleni, ad esempio l'alcool e la nicotina.

Un fenomeno molto caratteristico è la mancanza d'iniziativa e l'apatia, accompagnata talvolta da uno stato depressivo.

È appena necessario ricordare che in ogni caso deve essere praticato l'esame neurologico per svelare eventuali lesioni cerebrali a focolaio (disturbi della sensibilità e della motilità, disordini afasici ed emianopsici, e sopratutto alterazioni del gusto e dell'olfatto).

Negli stadi iniziali occorre naturalmente praticare l'esame del fondo dell'occhio. Si rileveranno gli eventuali disturbi pupillari permanenti consecutivi all'infortunio.

La sintomatologia varia a seconda della presenza o meno di lesioni localizzate. Degni di attenzione sono sopratutto i disturbi della sensibilità a tipo cerebrale da non confondersi con quelli isterici: essi possono essere unilaterali ma non rispettano esattamente la linea mediana, e sono accompagnati da disturbi della sensibilità profonda. Sono da ricordare i fatti di irritabilità nel campo del trigemino (iperestesia e cefalea emicranica).

In conseguenza di una commozione cerebrale grave si può determinare anche l'epilessia traumatica. Questa deve far pensare ad una lesione localizzata o ad un processo secondario cicatriziale o cistico.

È ovvio che negli individui già affetti da turbe vasomotorie o da arteriosclerosi i sintomi postcommotivi sono più gravi.

La commozione cerebrale non dà mai una vera demenza traumatica nel senso della vecchia psichiatria, ma solo forme di pseudodemenza isterica. L'intelligenza in ogni caso rimane integra. Solo negli individui molto giovani i danni mentali possono essere più gravi perchè il trauma colpisce un cervello non ancora completamente sviluppato. In questi ultimi casi talvolta si può avere un quadro sintomatico analogo a quello consecutivo all'encefalitica letargica, o la pazzia morale.

Non bisogna trascurare l'esame del liquor, che in caso di commozione, ha pressione alta, e l'esame radiografico per svelare eventuali lesioni ossee.

I soggetti che hanno avuto commozione cerebrale lamentano spesso: cefalea, vertigini, forte sensibilità al sole, disturbi del sonno.

La diagnosi differenziale va posta sopratutto con l'arteriosclerosi e l'isterismo.

L'arteriosclerosi cerebrale suole dare: debolezza emotiva, vertigini, cefalea, smemoratezza, facile irritabilità, disturbi vasomotori, alterazione del carattere. Questa sintomatologia è analoga a quella postcommotiva. I dati anamnestici, l'età del soggetto, l'esame clinico specie quello dell'apparato cardiovascolare condurranno alla giusta diagnosi.

Per quel che riguarda la diagnosi differenziale con l'isterismo giova por mente sopratutto al carattere del soggetto. L'individuo sofferente di disturbi organici postcommotivi è sincero e scevro da ogni amplificazione poichè egli è veramente sofferente e consapevole della sua malattia. Può anche avvenire che egli tenda ad esibire e ad ipervalorizzare i suoi disturbi, quando si tenti di non riconoscerli, ma ciò avviene solo in caso di contestazione giudiziaria e si tratta sempre della difesa di un legittimo interesse. Ben diverso è il contegno degli isterici che colpiscono subito per la loro tendenza a sembrare malati. D'altra parte negli isterici sono in prima linea disordini molto più grossolani di quelli che generalmente offre la sindrome postcommotiva organica.

La prognosi dei postumi organici della commozione cerebrale è generalmente sfavorevole *quoad valetudinem*. Quando non si ha la *restitutio ad integrum* dopo pochi mesi, i disturbi generalmente rimangono per tutta la vita specie quando si verifichino in individui molto giovani. Per quel che riguarda la riduzione della capacità lavorativa è a notare che le alterazioni neuropsichiche e l'ipersensibilità non rendono possibili sforzi somatici e psichici di un certo conto.

DR.

Contributo alla clinica dei tumori del lobo frontale.

(M. NONNE. *Med. Klinik*, n. 1, 1927).

In alcuni casi di tumore del lobo frontale è facile, se oltre ai sintomi generali caratteristici di un tumore cerebrale, esistono sintomi che indicano l'esistenza di una affezione alla base del lobo frontale: afasia motoria, paresi del facciale, disturbi olfattivi, disturbi psichici. In alcuni casi però possono mancare molti o tutti dei detti sintomi.

In un caso osservato dall'A. mancavano i segni di una aumentata pressione endocranica: nè papilla da stasi nè rallentamento del polso, nonostante un notevole sviluppo del tumore. L'assenza di papilla da stasi e di polso rallentato e forte non autorizza quindi ad escludere un tumore endocranico. Mancava anche del tutto la cefalea che la paziente avvertiva solo raramente. Il sintomo più caratteristico era un cambiamento psichico per cui la paziente aveva cambiato totalmente carattere ed era diventata eccitabile, senza tatto, sfrontata, insensibile agli affetti famigliari. Il decorso della malattia fu estremamente lento, protraendosi esso per quasi 11 anni, senza dar luogo ad alcun segno clinico evidente. L'esame radiologico dimostrò un ispessimento dell'osso frontale e la presenza di un'ombra sospetta alla sua faccia interna. Alla trapanazione del cranio si constatò un'infiltrazione della pelle e della dura da parte di elementi tumorali. Tra i poli anteriori dei due lobi frontali era situato un tumore grande quanto una palla da biliardo che divaricava e comprimeva i lobi frontali. La paziente morì durante l'intervento. L'esame istologico dimostrò trattarsi di un endotelioma.

POLLITZER.

Sul colesteatoma dell'angolo ponto-cerebellare.

(W. ANSCHÜTZ. *Deutsch. Zeit. f. Chir.*, 1927).

L'A. riporta un caso di colesteatoma dell'angolo ponto-cerebellare operato con successo. Il colesteatoma intracranico è affezione rara. Dalla letteratura ne risultano una settantina di casi pubblicati e Cushing su 790 tumori cranici ne trovò solo 3 nel 1922. Si trovano a preferenza nella fossa cranica posteriore o in prossimità dei ventricoli e sopratutto in corrispondenza dell'angolo ponto-cerebellare (circa la metà dei casi pubblicati). Sono tumori ben delimitati del volume da una ciliegia ad una testa di bambino (uno di essi pesava 170 gr.) ad accrescimento lentissimo. La sintomatologia è quella comune ai vari tumori endocranici.

Sono costituiti da una matrice di cellule epiteliali a tipo pavimentoso che verso la parte centrale presenta fatti di degenerazione, perle epiteliali e ammassi di colesterina.

Secondo l'opinione più accettata, si sviluppano su resti di inclusione fetale di isolotti epidermici durante il processo di evoluzione del tubo midollare o delle vescicole cerebrali. Secondo altri sarebbero degli endoteliomi derivanti dalla dura, e infatti in alcuni casi si sviluppano piuttosto verso l'esterno che non verso l'encefalo.

Si debbono distinguere dalle cisti a contenuto colesterinico, frequenti sopratutto in prossimità dell'ipofisi e che sono dovuti a residui del dotto faringeo e della tasca di Rathke.

V. GHIRON.

VIE URINARIE.

La cistografia come metodo utilissimo e moderno di diagnosi nella tubercolosi dell'apparato genito-urinario.

(N. BLANSTEIN. *The Journal of Urology*, vol. XVII, n. 5).

Negli stadi precoci della cistite tubercolare si ha una congestione ed edema della mucosa che circonda lo sbocco ureterale del lato malato. Ad essi si accompagna uno spasmo dell'uretere e di questo tratto di parete vescicale. A questo stadio segue la comparsa di ulcerazioni superficiali e infiltrazione delle pareti vescicali. A questi fenomeni corrisponde una estrema diminuzione della capacità vescicale. Tali lesioni possono ancora regredire dopo una nefrectomia.

In un terzo stadio si ha lo sviluppo di tubercoli, di ulcerazioni profonde che sanguinano, la retrazione dello sbocco ureterale, e la trasformazione dell'uretere in un condotto rigido. La lesione vescicale assume una importanza patologica indipendente.

L'A. espone succintamente, ma con molta chiarezza, l'innervazione e il meccanismo di svuotamento della vescica, sostenendo come contrariamente a quello che si riteneva un tempo non sia il passaggio dell'orina attraverso lo sfintere interno nell'uretra prostatica quello che determina la sensazione del bisogno di urinare. Lo sfintere interno è invece sufficiente a mantenere la chiusura della vescica. Il bisogno di orinare dipende non dalla quantità di liquido contenuto in vescica, ma dalla pressione endovescicale, che è in stretta dipendenza coll'irritabilità delle pareti vescicali.

Sono riportate una serie di cistografie di tubercolosi urinarie nelle quali appare dal lato del rene leso un appiattimento del contorno della

vescica che si estende dalla cupola alla base; l'A. lo interpreta come dovuto allo spasmo della parete vescicale riferito sopra. È notevole come egli abbia ottenuto delle ombre molto evidenti usando come liquido opaco lo ioduro di sodio alla concentrazione del 2-2.5 %! Egli ritiene questa deformazione della vescica un segno patognomonico di tubercolosi.

L'A. riferisce poi le idee più recenti sui fenomeni vasali che si hanno nell'infiammazione per conchiudere che sono le orine fortemente acide e i prodotti del metabolismo tubercolare che colla loro azione irritante producono un aumento del l'attività muscolare dell'uretere e della vescica e quindi una iperemia. Questa favorisce la penetrazione in profondità di questi prodotti che hanno un'azione vasodilatatrice. Si ha così una stasi e una essudazione che paralizza le fibre muscolari e colla sua successiva sostituzione con tessuto fibroso rende la lesione permanente. Infatti la deformazione del contorno vescicale messa in evidenza dall'A. persisteva inalterata anche 2 anni dopo una nefrectomia, quando i fenomeni cistitici erano scomparsi.

M. ASCOLI.

Tumori fibroepiteliali della pelvi renale.

(S. PERLMANN. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, vol. 196, f. 6, 1926).

I tumori che più di frequente si riscontrano a carico della pelvi renale sono papillomi o tumori fibroepiteliali. Sono rari: si riscontrano nella frequenza di 3 su 55,000 autopsie, o di 10 su 283 tumori renali in genere. Gli uomini ne sono presi più delle donne (62:38) tra i 40 e 60 anni. La parte destra è in genere colpita quanto la sinistra: eccezionale è la comparsa bilaterale: più frequente è la diffusione del tumore lungo l'uretere fino in vescica. Per la rassomiglianza clinica con i tumori papillari vescicali, si possono — rinunciando a tutte le altre classificazioni proposte — suddividere i tumori fibroepiteliali della pelvi in: 1) fibroepiteliomi tipici o benigni; 2) fibroepiteliomi atipici; 3) carcinomi papillari. Valgano per ognuno di essi i seguenti caratteri differenziali.

MACROSCOPICAMENTE

	Numero	Base	Consistenza	Aspetto
1	Solitari	Peduncolato	Molle	Delicato
2	Spesso multipli.	— a larga	Non si distinguono dai precedenli	
3	» »	— sessili	—	A cavolfiore

MICROSCOPICAMENTE

	Disposizione	Accrescimento
1	Ordinata	Non infiltrante
2	Disordinata	» » o raro
3	»	Infiltrante

Qualche volta si coglie il momento della trasformazione da una specie di tumore nell'altra. La recidiva quasi sempre rappresenta una forma più atipica del tumore precedente. I tumori quasi costantemente risiedono nella metà inferiore della pelvi o all'inizio dell'uretere.

Per l'ostacolo al deflusso dell'urina si giunge all'idronefrosi o all'ematopionefrosi. Il parenchima renale si atrofizza. Invase le vie linfatiche, le metastasi giungono nel fegato, polmoni, nel tessuto peripelvico, dopo l'invasione dei gangli regionali. Più frequenti sono anche le metastasi lungo l'uretere o in corrispondenza del suo sbocco in vescica. Sono state descritte recidive locali e sulla cicatrice operatoria. Sull'eziologia di questi tumori poco si sa: sembra certo che si predispongano le stimolazioni croniche di natura chimica (lavoranti di anilina, Billarzia).

Tra i sintomi clinici predomina l'*ematuria* (74-84 %) con i soliti caratteri dell'ematuria neoplastica. I *dolori* che spesso le si accompagnano possono rivestire il carattere di colica o si presentano cupi continui. Di rado il rene si presenta *ingrossato*. Assai tardiva è la *cachessia*.

Nell'urina oltre le emazie si riscontrano anche cellule epiteliali, spesso in ammassi. Cistoscopicamente si vedono spesso erniare dell'ostio, dei papillomi. Il cateterismo ureterale può dare dei ragguagli mediante l'esame del sedimento: la prova con l'indigo-carminio non sempre dimostra una distruzione del parenchima renale. Grande importanza ha la pielografia con la quale si mette in evidenza un difetto di riempimento della pelvi o dei calici, in posizione normale. Sebbene questo non sia un sintoma univoco, è assai sospetto. Nei tumori del parenchima, la pelvi, il rene con la pelvi è spostata lateralmente o in basso (Joseph)

Non rientra nei limiti di questo lavoro la discussione della diagnosi differenziale: ma non è difficile, mediante il giusto apprezzamento dei sintomi, istituire la diagnosi di tumore della pelvi o per lo meno di sostenerla con grande probabilità.

La prognosi è riservata, come dimostrano le statistiche operatorie, e l'unica terapia razionale dev'esser la nefroureterectomia larga. Le recidive

che di solito si presentano in vescica vanno distrutte con la chemio- o termocoagulazione per via endovescicale. Tuttavia la gran parte di questi malati muore rapidamente dopo poco tempo (massimo qualche anno) dall'operazione.

E. MINGAZZINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

PERITI dott. E. *L'insufficienza del cuore*, con prefazione del prof. L. SICILIANO. Vol. in-8° di pagine VIII-118 e 24 fig. Ed. L. Pozzi, Roma, 1927. L. 22.

Per i medici e gli studenti i quali desiderano, senza molta fatica, avere un'idea chiara del dottrinale moderno sulla anatomia e fisiologia del cuore, la pubblicazione del dott. Enrico Periti, nella sua prima parte, facilita il compito con una esposizione chiara, sintetica e non digiuna di critica.

I metodi dell'esame cardiologico sono descritti con sobrietà ed il loro valore pratico apprezzato con discrezione, in modo da non dare ai poco esperti la falsa impressione che la diagnosi e l'apprezzamento della funzionalità cardiaca, riposino piuttosto sullo strumentario moderno, che sull'accurata osservazione clinica, poggiata sulla conoscenza semeiotica, patrimonio personale del medico.

Nella seconda parte sono ben descritti i disturbi del ritmo cardiaco, quali espressione della deficienza funzionale del cuore, ed il valore clinico della ipertrofia, della ipertensione e della dilatazione del cuore.

La sindrome della insufficienza generica del cuore è messa in rilievo e spiegata con grande chiarezza e successivamente illustrata la sintomatologia della insufficienza delle orecchiette, delle sezioni destra e sinistra del cuore.

Nel suo complesso la pubblicazione del dottor Periti è molto pregevole e raggiunge pienamente lo scopo di una esposizione, semplice, nitida e critica dei complessi problemi della funzione normale e patologica del cuore, attraenti al sommo grado e di attualità palpitante.

Le figure intercalate nel testo e la bella veste tipografica completano le attrattive del lavoro.

GIULIO GALLI.

BAJLA E. *L'Ileotifo* (con annessi contributi clinici di 25 autori). Istituto Biochimico Italiano. Milano 1926. L. 15.

È una monografia di 200 pagine che porta all'argomento dell'infezione tifosa il contributo clinico di un osservatore acuto che per la sua posizione di ufficiale sanitario e di capo dei servizi d'Igiene del Comune di Milano, ha potuto raccogliere notevole materiale di osservazione.

Così infatti nei riguardi della epidemiologia tratta delle vie di diffusione dell'infezione mettendo in luce quelle che egli chiama le endemie di rione e segnalandone l'importanza. Trattazione particolare poi assume in questa monografia il problema della cura del tifo, dando larga parte sia alle cure specifiche coi vaccini che a quelle proteinica e stomosinica.

I contributi clinici annessi riguardano 1180 casi raccolti da numerosi medici appartenenti alle diverse parti d'Italia e concernenti per lo più tutte forme gravi.

TR.

A. HURST. *Essays and addresses on digestive and nervous diseases and on Addison's anaemia and astenia.* William Heinemann, London 1924.

È una raccolta in volume di vari articoli dell'A. sugli argomenti indicati. Specialmente pregevoli i capitoli sulle malattie del colon e dell'appendice. In altri campi è forse troppo unilaterale, come quando non ammette quasi altra causa che quella infettiva per l'ulcera gastrica, e per l'anemia perniciosa.

L'edizione è molto curata, e ricca di illustrazioni.

DORIA.

F. FUHRMANN. *Die Chemie der Nahrungs und Genussmittel.* Un vol. in 8° di 610 pag. con 42 fig. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1927. Prezzo Marchi 24.

Scopo di questo libro è quello di fornire, per mezzo di una vista d'insieme sui consueti alimenti animali e vegetali, il modo di comprendere l'azione di questi sull'organismo e di addentrarsi nei complicati processi sulla nutrizione.

Precedono alcuni capitoli sull'anatomia macro e microscopica dell'apparato digerente, sulla fisiologia di esso e del ricambio nutritivo, sulla composizione chimica del corpo, ecc.; essi formano una vera e completa monografia sulla chimica fisiologica della digestione e della nutrizione.

Segue poi lo studio dei singoli alimenti animali e vegetali, nonchè delle bevande; sulle loro caratteristiche, sul modo di ottenerli, sulle alterazioni che possono subire; vasto repertorio di nozioni di grande utilità per il medico, l'igienista ed il chimico.

fil.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La sclerosi polmonare nei bambini.

Hazel H. Chodak (*The British Med. Journ.*, 16 luglio 1927) fa uno studio completo dell'argomento escludendo però le forme tubercolari e specifiche che del resto sono rare nei fanciulli. La semplice sclerosi o fibrosi polmonare ebbe vari nomi: cirrosi polmonare, polmonite interstiziale cronica, tisi fibrosa.

Etiologia. La causa più comune della sclerosi polmonare nel fanciullo è una broncopolmonite non risolta, in moltissimi casi consecutiva a pertosse o a morbillo.

Batteriologia. Le pure forme da pneumococco sono rare; nella broncopolmonite sono per lo più in campo flore associate, e specie quando essa è complicazione di pertosse o morbillo, entra in campo quasi sempre lo streptococco, sebbene spesso misto al b. di Friedländer, e a quello di Pfeiffer.

Altre cause. La pleurite nei bimbi è o postbroncopneumonica, o tubercolare, o reumatica. Nel primo caso ha spesso esito in empiema e il polmone collassato può divenire sclerotico: nel secondo e terzo caso si può anche avere una sclerosi di origine pleurogena. Si discute se la polmonite lobare possa dare sclerosi. Lo studio istologico dimostrerebbe di no, ma in qualche caso ciò pare avvenire. L'A. pensa che forse si ha sclerosi per una condizione preesistente creata da qualche precedente broncopolmonite.

Sintomatologia. La risoluzione della polmonite può essere così prolungata da risultare difficile dire quando la sclerosi comincia. La persistenza di rantoli crepitanti alle basi, per settimane o anche mesi dopo una broncopolmonite non si possono diagnosticare come dovuti a una fibrosi. Abitualmente il paziente ha una convalescenza un po' indecisa, con persistente senso di malessere, stanchezza, anemia. Vi è quasi sempre tosse e un po' di affanno da sforzo. Residua una facilità grande alle bronchiti ripetute. La tosse non è abbondantissima, ma si verifica nei cambiamenti di posizione e assume carattere parossistico, ben nutrito qualche volta con prominenza degli occhi, con pelle ruvida e guance lucide e rosse, quando si stanca diviene cianotico. Le estremità delle dita sono a bacchetta e con pelle lucida fine.

I *segni fisici* nei casi tipici non sono di difficile interpretazione. Le modificazioni sono per lo più unilaterali e per lo più basali. All'ispezione vi è depressione o anche concavità (!) del mezzo torace, la misura mostra una netta retrazione. Alla palpazione, vi è diminuita espansibilità.

Il fremito vocale tattile è per lo più diminuito. La percussione può dare risultati assai varii; l'ipofonesi è comune, ma ha piuttosto una tendenza timpanitica che un suono ottuso, e vi può essere anche un suono chiaro per cavità bronchiectasiche o per enfisema vicario. I rumori respiratori sono affievoliti, sebbene mantengano il loro carattere vescicolare. I rumori accessori possono essere totalmente assenti. Qualche volta persistono dei rantolini crepitanti come espressione di una parziale espansione del polmone. Possono esistere rantoli mucosi di varia grandezza quando vi siano delle cavità.

Non è raro trovare qualche rantolino crepitante dal lato opposto. Il cuore è attratto verso il lato malato. L'ottusità cardiaca è talora non bene limitabile.

Il decorso è lungo e vario, molto dipende dalla esistenza di bronchiectasia e dal loro carattere progressivo. Se non possono aversi molte cure muoiono per lo più per riacutizzazioni bronchitiche, oppure per esacerbazioni del processo polmonare, o ascessi cerebrali, o amiloidosi. Con facilità si può avere una tubercolosi terminale sovrapposta.

Diagnosi. Nei primi stadi è assai difficile. La ottusità e la diminuita ventilazione polmonare potrebbero fare pensare a un versamento, ma la retrazione e l'attrazione del cuore verso la parte ottusa fanno diagnosi. Il più difficile è l'escludere la tubercolosi. Nella sclerosi semplice il bimbo è bene nutrito, pallido, cianotico con pelle ruvida, non suda, per lo più apirettico, con anamnesi di broncopolmonitico, con espettorato variabile, ma che può essere abbondantissimo, ricco di vari germi. Invece nella tubercolosi, il P. si consuma, è delicato, con pelle fine, suda facilmente, alla sera febbricita, l'inizio fu graduale, lo sputo non è abbondante e contiene b. di Koch

Radiodiagnosi. Può essere assai utile dopo iniezioni di lipiodol.

Terapia. È utile la climatica. Si deve liberare il P. il più possibile dal catarro e dalle infezioni secondarie: con inalazioni di creosoto, in camere speciali, o con maschere respiratorie; con iniezioni intratracheali di olio mentolato o guaiacolato; con uso di creosoto e guaiacolo per os. Se possibile può essere utile il pneumotorace artificiale.

L. TONELLI.

Tubercolosi polmonare e gravidanza.

La gravidanza, osserva A. L. Mc. Fbroy (*Proceedings of the royal Soc. of Med.*, aprile 1926), aggrava sempre la tubercolosi, talora mette in evidenza una tubercolosi latente, specie negli ultimi mesi.

Controversa è la questione dell'indicazione dell'aborto.

Se la malata è in buone condizioni, al principio della gravidanza, i più sono d'avviso che convenga interrompere la gravidanza, potendo legittimamente sperare una guarigione clinica o un notevole miglioramento della madre. Nei casi di tubercolosi laringea è formalmente indicato l'aborto, per evitare la quasi certa perdita della madre e del feto anche prima del parto; così vi è qualche speranza di salvare, o almeno far sopravvivere la madre. A gravidanza avanzata, specie se le condizioni della madre non sono buone è inutile interrompere la gravidanza: si perde il figlio, e si fa generalmente un ulteriore danno alla madre: se il figlio invece viene alla luce ci sono molte speranze di salvarlo. La madre non deve allattare il bambino, per non infettarlo con continui contatti: egli generalmente non è infetto.

Durante e dopo il parto la madre deve essere sorvegliata e curata, e non abbandonata a sè, come accade per le ricoverate nei sanatori, che si recano a casa pel parto. DORIA.

L'elioterapia nella tubercolosi polmonare.

I. Wood (*Lancet*, 21 agosto 1926) ottenne con l'elioterapia un'elevata percentuale di miglioramento definito.

Gli infermi in condizioni non gravi furono esposti alla luce solare metodicamente, con dosi successivamente crescenti; quelli in stadio più avanzato si tennero esposti a grande aria, ma all'ombra, avvantaggiandosi così di una piccola dose di raggi ultravioletti.

In 15 casi su 21, il peso aumentò da 1 a 4 chili. Ricerche ematologiche, radiografiche e dinamometriche dimostrarono uno spiccato miglioramento nella crasi sanguigna e nel resto dello stato generale, diminuzione nel numero e nella grandezza delle caverne polmonari ed un aumento non trascurabile della forza muscolare. *fil.*

Limitazioni dell'elioterapia nella tubercolosi.

S. Watson (*Journ. A. M. A.*, 25 settembre 1926) deplora l'abuso dell'elioterapia nella tubercolosi. L'elioterapia non va mai usata nelle forme polmonari essudative, e con molta prudenza in quelle produttive stazionarie o a tendenza evolutiva.

È giovevole nelle forme glandolari tracheobronchiali dei bambini, e nelle forme extrapolmonari, purchè non vi siano apprezzabili lesioni polmonari: se vi sono occorre somma prudenza, ed è meglio non esporre il torace.

Lo schema di Rollier va tenuto come orientamento, e non va seguito pedissequamente. Si comincia dall'esporre i soli piedi per cinque minuti, e si giunge ad esporre la massima parte del corpo mezz'ora per lato.

È importante conoscere i segni di un eccesso di esposizione, i quali spesso obbligano a sospendere per vari giorni il trattamento.

1) Segni locali: arrossamento della cute, persistente oltre 4 ore, senso di caldo, formazione di bolle.

2) Segni di focolaio: aumento dello sputo, o della secrezione, e del dolore.

3) Segni generali: aumento della temperatura e del polso persistente oltre due ore, senso di esaurimento, insonnia, nausea, perdita dell'appetito. DORIA.

Nell'adenopatia tracheo-bronchiale.

Diffidare sempre della tubercolosi latente e fare eventualmente il trattamento di questa. Frizioni con trementina sul torace. Sulla regione interscapolare, spennellature ogni due giorni con: Guaiacolo crist. g. 1; Tintura di jodio, Alcool a 90°, ana g. 15.

Quando non vi è febbre possono essere utili i bagni di sole, evitando però di soleggiare il torace; diffidare dei raggi ultravioletti che, al pari dell'elioterapia, possono dare un colpo di frusta alle lesioni torpide.

Come cura interna, dare: Ipofosfito di calce ed Ipofoslito di sodio, ana cg. 10; Sciroppo semplice g. 60; Un cucchiaio mattina e sera (1 cg. per anno di età).

Oppure: Cloruro di calcio g. 1, Sciroppo semplice g. 60. Somministrare a cucchiaini da caffè (cg. 10 per ogni anno di età). Non dare la pozione nel latte, che ne verrebbe coagulato.

Invece delle precedenti prescrizioni, si possono dare delle cartine di: Carbonato di calcio; Fosfato tricalcico, ana cg. 10; se ne danno cg. 10 per ogni 6 mesi di età.

Se il bambino non ha nè febbre, nè congestione, dare la tintura di jodio (due gocce al giorno), per 15 giorni. Nei 15 giorni seguenti, dare gli arsenicali: Trijoduro di arsenico cg. 5; Acqua distillata g. 15. Due gocce (1 mg. per ogni 6 mesi di età).

Dà buoni risultati anche l'olio di fegato di merluzzo: 100 g. con 20 gocce di tintura di jodio; un cucchiaino da caffè per ogni due anni di età.

Si potranno anche prescrivere l'estratto di foglie di noce (cg. 20 per ogni 6 mesi di età); lo-

sciroppo jodotannico (1 g. per 6 mesi di età); lo sciroppo di rafano jodato (2 g. per ogni 6 mesi di età). Si daranno per serie di quindicine di giorni.

La radioterapia dà miglioramenti nelle adenopatie che mostrano segni di compressione.

Se il bambino non ha febbre e le lesioni polmonari sono insignificanti, sarà utile un trattamento idrominerale.

(*Journ. des praticines*, 1° genn. 1927).

fil.

SEMEIOTICA.

Sulla dimostrazione del b. di Koch nel liquido c. r. nella meningite tbc.

Sebbene alle lesioni meningee tubercolari corrisponda un'alterazione del liquido c. r. per lo più abbastanza caratteristica, la diagnosi etiologica non può dirsi sicura ed esatta se non con la dimostrazione del b. di Koch.

Oggi, con i nuovi metodi di ricerca o sul sedimento ottenuto con una centrifugazione intensa e prolungata, o sul reticolo, con materiale trattato con antiformina o arricchito in termostato, le osservazioni positive sono senza confronto maggiori che in passato, tanto che qualche autore sostiene di aver avuto sempre il 100 % di reperti positivi nei liquidi esaminati. Tuttavia la maggioranza è di parere che la dimostrazione del germe riesce in circa il 70 % dei casi. Più che alla perfezione apportata ai metodi di ricerca, i migliori risultati si devono certamente ad una maggiore accuratezza negli esami di laboratorio.

Considerate le ragioni per le quali l'esame batterioscopico e la prova batteriologica talora falliscono (numero esiguo dei germi, diminuita recettività della cavia) le migliori condizioni per la ricerca dei bacilli, sono offerte dal metodo culturale, eseguito su terreno molto favorevole allo sviluppo del b. di Koch.

A V. Zamorani (*Rivista di Clinica Pediatrica*, luglio 1926), il terreno che meglio ha corrisposto è il seguente:

Uovo intiero sbattuto fino ad omogeneizzazione, diluito a parti uguali con brodo nutrizio comune: alla miscela si aggiunge glicerina 1.50 % e glucosio 0.25%. Si filtra per cotone, si distribuisce in provette, si fa coagulare ad 80° e sterilizzare per tre giorni consecutivi a 75° per 40 minuti.

Controllo della sterilità in termostato per almeno due giorni.

La semina si fa su due culture, raccogliendo direttamente il liquido dall'ago con la provetta (3-5 cmc.) previa bruciatura dell'orlo della provetta e raffreddamento della stessa, e bruciatura esterna del tappo di cotone prima di richiuderla.

In 23 casi nei quali fu praticata (ed in essi la ricerca diretta del germe era stata positiva solo in 16) l'esito è stato sempre positivo, non ostante che si disponesse di un termostato oscillante fra 34° e 36°.

Lo sviluppo del germe cominciava nel liquido, nel quale si verificava una specie di arricchimento: poi comparivano le colonie prima piccole, di aspetto cereo, poi spesse, estese, rugose, come vegetanti e quasi caseose. La posizione coricata della provetta favorisce lo sviluppo. Le colonie si formano fra 18-22 giorni. Nel liquido di condensazione è possibile la dimostrazione di numerosi germi, anche prima. Altre volte lo sviluppo macroscopico delle colonie ritarda 40-50 giorni.

Ma in linea generale i risultati sono positivi nel 100 per cento.

Il terreno usato si presta ottimamente anche allo sviluppo del meningococco.

PERSIA.

Il liquor limpido nella meningite cerebro-spinale epidemica.

Ducamp (*Progrès médical*, 1926, n. 48) ha osservato un caso di meningite cerebrale iperacuta e mortale, in cui il liquor era limpido, pur contenendo dei meningococchi.

Diverse sono le condizioni in cui il liquor può essere limpido nella meningite da meningococchi. Può trattarsi di forme fruste o attenuate con reazione citologica lieve e scarsi meningococchi. Nelle forme ad avoluzione regolare, si può avere linfocitosi persistente od anche in liquor normale. Questi casi, molto rari, corrispondono spesso a meningiti ependimali septate. Infine, nelle forme iperacute, in cui si osserva in generale una semplice linfocitosi e numerosi microbi patogeni, si può supporre che il germe eccessivamente virulento o che vive in un terreno deficiente non forma del pus; il richiamo dei polinucleari non ha luogo.

Nel dubbio, specialmente in periodo di epidemia, non bisogna tralasciare la sieroterapia endorachidea con del siero antimeningococcico polivalente, misura che è spesso utile e, ad ogni modo, non è mai nociva quanto l'astensione.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. M. F., da G., abb. n. 4504-2:

Consulti: VARALDI: *Elementi di anatomia e fisiologia degli animali domestici.* Unione tip. editrice Torino. Prezzo L. 16.

fil.

Al dott. A. Pino, da Lecce:

KRAEPELIN: *Trattato di biologia.* F. Vallardi ed., Milano.

fil.

Uso del verde di Parigi. — Al dott. A. De Lisi, da S. P. C.:

Per la profilassi antimalarica, il verde di Parigi si usa mescolato con la polvere da strada. Questa va dapprima stacciata, in maniera da usare soltanto la polvere finissima, poi la si mescola col verde, in proporzione di una parte di questo per 100 di polvere. Per ottenere una buona miscela è necessario un rimescolatore, che può benissimo farsi con una latta da petrolio, attraversata diagonalmente da un asse (un regolo di ferro) attorno al quale si fa ruotare. La miscela si sparge poi con soffietti (vanno bene quelli in uso per la solforazione delle viti); la quantità corrisponde a 10 grammi di verde per 100 metri quadrati di superficie acquea. Lo spargimento si ripete ogni 8 giorni nei mesi da giugno ad ottobre ed ogni 15 nei mesi di aprile, maggio e novembre.

Notizie più ampie troverà in « Rivista di Malariologia », 1927, n. 3.

fil.

Protettivi contro le punture di zanzare. — Al dott. S. C., da P.:

Sono consigliati i seguenti:

1) Glicerina con chinino all'1 ‰ (Mense);

2) Naftalina, Canfora, ana g. 1; Olio di garofani, Acido acetico, ana gocce XX; Olio di anice, gocce XL; Vaselina, g. 100;

3) Etere, Alcool, ana g. 5; Acqua di colonia, Olio di eucalipto, ana g. 10; Tintura di piretro, g. 15. Mescolarne una parte con 4-5 di acqua e lavarne la pelle.

fil.

Manuali di puericultura. — Al dott. G. Presenti, da Vico Pisano:

NOBÈCOURT e SCHREIDER: *Hygiène sociale de l'enfance.* Masson e C.ie ed., Paris. Prezzo Fr. 30; COMBE A.: *Précis d'Hygiène infantile et de puériculture.* Baillière, Paris. Prezzo Fr. 16; DELÉARDE: *Guide pratique de puériculture.* Alcan ed., Paris. Prezzo Fr. 4; POLLITZER: *Come si alleva il bambino sano e come si assiste il malato.* Pozzi, Roma. L. 15.

Veda anche l'ottimo periodico « Maternità ed Infanzia », piazza Cavour 25, Roma. Prezzo L. 35 all'anno, nonchè la « Difesa della stirpe ».

fil.

Ai dott. S. C., da P., e R. B., da R.:

La formola della pomata di Eliasson è data in *Dermatologische Wochenschrift* del 2 ottobre 1926, che non ci è stato possibile trovare. È a base di colesterina.

fil.

VARIA.

Il peyotl.

La scoperta dell'oppio e del curaro hanno aperto la via a lavori scientifici importantissimi nel campo della neurologia. È così che le esperienze di Claudio Bernard sulla paralisi delle cellule anteriori o motrici del midollo ottenuta per mezzo del curaro, collegandosi agli studi clinici di Duchenne de Boulogne sull'atrofia muscolare progressiva, hanno fatto fare un salto all'anatomopatologia del sistema nervoso. Può prevedersi che un progresso consimile verrà realizzato dalla conoscenza del peyotl, cui A. Rouhier, dottore in farmacia, ha ora consacrato uno studio diligente.

Si tratta di un piccolo cactus americano, il cui mistero, nel mondo vegetale, è stato paragonato a quello del radium nel mondo minerale. Come il radium annunzia altre sostanze dotate di proprietà impreviste, così il peyotl o mexal è verisimilmente il precursore di una serie di imprevisti farmacologici d'alto valore.

Botanicamente il peyotl reca il nome di *Echinocactus williamsii.* La pianta fresca ha forma compatta. La si trova solo nel Messico e al limite meridionale degli Stati Uniti. La droga si raccoglie principalmente nella valle del Rio Grande del Norte, ove la raccolta dà luogo, fra le tribù indiane, a stranissime cerimonie. La droga è costituita dalle sommità della pianta, tagliate a rotelle e disseccate sotto il nome di « bottoni di mexal » o di « fave di mexal ».

Gli sperimentatori affermano che il peyotl non è tossico e che gl'indiani, i quali spesso lo assorbono in grande quantità, non ne sono menomamente incomodati. Si elimina in alcune ore. Non crea l'abitudine. Tuttavia il governo degli Stati Uniti ha interdetto la vendita dei bottoni di mexal, come pure dell'estratto, a causa dell'ebbrezza particolare che essi procurano. Al Messico invece la vendita è libera e si fa un grande consumo della droga.

Le proprietà straordinarie della pianta sono attribuite ad un alcaloide detto mexalina. La prima di queste proprietà consiste nel provocare, in un soggetto che abbia assorbito il mexal e chiuda gli occhi o stia nell'oscurità, una serie di allucinazioni visive colorate, d'una intensità e d'una potenza eccezionali, la cui memoria persisterà per molto tempo: ciò senza nessuna alterazione dell'intelligenza, senza alcun inconveniente organico nè funzionale. È la grande caratteristica dell'ebbrezza da mexal di non turbare il discernimento nè i poteri logici: il soggetto resta nel pieno possesso della sua coscienza e delle sue

facoltà analitiche. Si nota tuttavia una certa euforia intellettuale e la sensazione tipica dell'avvicinarsi di grandi rivelazioni. Quest'ultimo aspetto, che non esiste dopo l'ingestione o l'iniezione di coca o di cocaina, si riscontra invece dopo l'uso dell'oppio o della morfina. La morfina dà l'illusione che i segreti dell'universo verranno svelati e che nuovi rapporti mentali si manifesteranno tra gli avvenimenti e le loro cause. Dopo l'assorbimento del peyotl non si osserva alcun disturbo dell'ideazione nè dell'elocuzione, salvo qualche lieve fuga e confusione verbale.

Le immagini da peyotl sono state descritte da Havelock Ellis — che ha sperimantato la droga — come formate da arabeschi di colori nuovi, o d'una violenza e d'uno scintillio straordinari, oltremodo netti, avvicinantisi all'aspetto di cose conosciute, ma senza raggiungerlo. A volte le varietà di uno stesso colore, per es. il rosso, si mostravano associate o in serie successive. Malgrado però l'enorme profusione, l'insieme conservava sempre una certa discrezione e un sensibile valore artistico. Più frequenti erano forse l'aspetto brillante dei gioielli e l'aspetto scaglioso delle ali d'insetti.

Un altro tipo di visioni si collega a paesaggi sconosciuti e favolosi, a bestie mostruose, ad esseri grotteschi, a personaggi il cui tipo è sovente così marcato, da raggiungere la precisione e l'individualità di un ritratto. Altre categorie ricordano le visioni dell'haschich, quali sono descritte da Baudelaire e da Gautier. I fantasmi dell'ebbrezza da mexal raggiungerebbero, secondo Weis Mitchell, la fantasmagoria; nessun tramonto di sole, nessun fuoco d'artifizio elevato a potenza, potrebbe darne l'idea. Caratteristico del colore da peyotl è di essere intenso, di non dare sensazione di abbagliamento, di accecamento, di shock retinico. L'insieme del fenomeno dà l'impressione di una proiezione cinematografica in cui i quadri si succedono rapidi. La volontà è impotente a provocare o a modificare le immagini.

Sono state constatate alcune rare illusioni sensoriali concomitanti, specialmente olfattive.

V'è ancora dell'altro: la droga trasforma le impressioni sonore in allucinazioni visive, e queste ultime variano, in modo costante e spesso definito, con le composizioni musicali intese. In altri termini, il mexal sostituisce, ai ritmi musicali, dei ritmi colorati. È così che l'« uccello profeta » di Schumann evocò, in un « mexaliano » la visione di uccelli dal piumaggio brillante, che attraversavano un vasto cielo. Il lavoro di Rouhier contiene un disegno molto caratteristico, tracciato da Elmiro Celli, che corrisponde al suono delle campane.

Il peyotl eccita l'acuità dell'organo visivo e ne accresce le funzioni analitiche e sintetiche.

La durata dell'azione inebriante del peyotl è di due ore e mezzo a sei ore negli uomini, di sette a otto ore nelle donne: più o meno, secondo le dosi e i temperamenti. Il ritorno allo stato normale è rapido ed a volte improvviso.

Il lavoro del Rouhier si fregia di una prefazione di Perrot, professore alla Scuola di Farmacia di Parigi.

(Da « Bruxelles-Médical », 19 giugno 1927).

L. V.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA. *Opere Pie Ospitaliere.* — Primario di ostetricia e ginecol. Scad. 15 ott. V. fasc. 39.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Aiuto della Divis. Oculistica; L. 4800 e c.-v. Scad. ore 17 del 20 ott. Tassa L. 50. Età lim. 35 a. Titoli ed esami. Chiedere ann.

BRESCIA. *Amministrazione Provinciale.* — Coadiutore Laboratorio d'igiene. Scad. 20 ott. Vedi fasc. 39.

COMACCHIO (*Ferrara*). *Congregaz. di Carità* — Primario chirurgo direttore dell'Ospedale S. Camillo; al 30 ott.; vedi fasc. 37.

CORNEDO (*Vicenza*). — A tutto 20 ott., 1° reparto; L. 8000 p. 1000 pov., L. 300 ogni centinaio in più, L. 1800 *sic*) cavallo od autoveicolo, L. 720 c.-v., 15 % serv. att., 6 quadr. dec.; tassa L. 50.15; doc. a 6 mesi dal 20 sett.

FORMELLO (*Roma*). — Scad. 50 gg. dal 30 ag. V fasc. 39.

GIFFONI V. P. (*Salerno*). — Scad. 16 ott.; seconda zona; L. 6200 (*sic*); indenn. cav. Per schiarimenti rivolgersi Segreteria com.

GORGONZOLA (*Milano*). *Ospedale Serbelloni* (prossima sede di Ospedale di Circolo). — Medico chirurgo direttore; stipendio base L. 9500, oltre aumenti periodici, indennità e ripartizione proventi. Scad. 15 ott. Chiedere avviso alla Segreteria dell'Ospedale.

MAGNANO IN RIVIERA (*Udine*). — A tutto 20 ott.; stip. L. 8000; addizion. L. 2 oltre i 1000 pov.; L. 500 serv. att.; L. 800 se uff. san.; c.-v.; L. 1000 bicicl.; 6 quadrienni dec.; doc. a 6 mesi. Chiedere ann.

MARCIANA MARINA (*Livorno*). — Al 15 ott.; L. 11,500 e 5 quinq. L. 900, oltre L. 500 uff. san.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.15; doc. a 6 mesi dal 15 sett.

MONTEGROSSO D'ASTI (*Alessandria*). — Scad. 10 ott.; L. 7000, 4 quadr. dec., oltre L. 1000 uff. san., L. 2000 trasp.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Due medici assistenti interni residenti nell'Ospedale Sanatorio Vitt. Eman. III per malati di tubercolosi, in Garbagnate; titoli ed esami; L. 4500 oltre indenn. di resid. di L. 1000, alloggio, illuminaz., riscaldam. e vitto; anno di prova e 4 bienni; scad. ore 16 del 29 ott.; docum. all'Ufficio Protocollo (via Ospedalis); tassa L. 50; età mass. 35 a.; docum. a un mese dal 14 sett. Chiedere ann.

MONTEGROSSO D'ASTI (*Alessandria*). — Scad. 10 ott., ore 18; L. 7000 e 4 quinq. dec., nonchè lire 2000 trasp. e L. 1000 uff. san.; serv. entro 15 gg.; tassa L. 50.20.

PRASOMASO (*Sondrio*). *Sanatorio Umberto I.* — 2° assistente; titoli ed eventualm. esami; scad. 20 ott.; età mass. 35 a.; L. 6500 e 5 bienni dec., oltre indenn. carica L. 2000; vitto ed alloggio. Rivolgersi all'Amministraz., via De Amicis 45-A, Milano.

REGGIO CALABRIA. — Radiologo Istituto Diagnostico (Ente morale). L. 10,000, percentuale 30 %. Scad. 15 ott.

RICCIONE (*Forlì*). Scad. 10 ott.; 2ª cond.; lire 9000 e 10 bienni ventes., oltre c.-v. e L. 300 bicicletta; età lim. 39 a.; tassa L. 50.15.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Concorso a tre primarî; v. fasc. 37. Scad. 15 ott.

SENOSECCHIO (*Trieste*). — Con Crenovizza; pror. 10 ottobre.

S. GIOVANNI SABINO (*Rieti*). — Scad. 10 ott.; L. 10,500, oltre L. 400 uff. san., 5 quadr. dec.; tassa L. 50.05; serv. entro 15 gg.; doc. a 3 mesi dal 5 ag.; per altre condiz. chied. ann.

SULMONA. *Casa Santa dell'Annunziata.* — Assistente di chirurgia dell'Osped. Civ.; L. 3000 (*sic*) lorde; eventuali proventi per servizi speciali (*sic*). Scad. ore 12 del 25 ott. Età mass. 35 a. Tassa L. 50.

TARANTO. — Direttore sezione medico-micrografica del laboratorio prov. di igiene. Vedi fasc. 39.

TORRI IN SABINA (*Rieti*). — Scad. 15 ott.; lire 10,500 e addizion. L. 4 sui 1000 pov.; quadr. dec.; L. 1000 uff. san.; c.-v.

TRASAGHIS (*Udine*). — Scad. 10 ott.; con Bordano; L. 9000 oltre L. 500 serv. att., L. 2000 trasp., c.-v.; pov. 1400; ab. 6121.

TRONZANO V. (*Vercelli*). — Scad. 1 nov.; 2ª cond.; L. 7000 per 300 pov.; addiz. L. 4; p. trasp. L. 2000; 2 c.-v.; tassa L. 50.05.

VICENZA. *Ospedale Civile.* — Scad. 15 ott.; vedi fasc. 37.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Vittorio Ascoli, direttore della R. Clinica Medica di Roma, è nominato membro onorario dell'Accademia Nazionale di Medicina di Rio de Janeiro.

Il prof. E. Nonnenbruch, capo dell'Ospedale Municipale di Francoforte sul Meno, è stato chiamato a dirigere la clinica medica della Facoltà Medica Tedesca di Praga (Cecoslovacchia) rimasta vacante in seguito al ritiro del prof. Jaksch-Wartenhorst.

Il prof. C. Norris è nominato direttore delle cliniche ostetrica e ginecologica dell'Università di Filadelfia.

NOTIZIE DIVERSE.

Congressi Medici Riuniti di Parma.

Inaugurazione.

I Congressi Medici Riuniti di Parma saranno inaugurati dal Ministro della Pubblica Istruzione S. E. Pietro Fedele.

Esposizione del « Giornale Medico Italiano ».

Diamo la notizia ai nostri lettori ed ai Direttori dei Giornali Medici Italiani che oltre i Diplomi e menzioni onorevoli, il Ministro della Pubblica Istruzione ha concessa una medaglia da dare al migliore dei Giornali che sarà additato dalla Commissione che è presieduta dal prof. Cesare Cattaneo della Regia Università di Milano. Avvertiamo ancora che i Giornali devono essere spediti in modo che non vengano maltrattati nel trasporto e che non potranno partecipare alla Esposizioni quelli che non abbiano mandato la somma di lire cinque per la spesa necessaria a mettere in evidenza in serie ordinata i Giornali Medici.

Mostra delle Stazioni di Cura.

Si avvertono i Direttori delle Stazioni Termali che oltre i Diplomi e le menzioni onorevoli il Ministro della Pubblica Istruzione ha stabilito di dare una medaglia come primo premio ai concorrenti. Invitiamo quindi i signori Direttori a mandare le richieste fotografie confezionate in modo che non ricevano offesa dal trasporto in Ferrovia. Si ricorda che insieme devono essere mandate anche lire cinque per le spese necessarie alla mostra.

Comitato dei Giornalisti Medici.

Siamo lieti di comunicare che il comm. dott. Alessandro Clerici ha accettata la Presidenza del Comitato dei Medici Giornalisti che interverranno ai Congressi Riuniti. Noi conosciamo il ben noto valore e la grande coltura di questo nostro Collega e gli va espressa gratitudine per avere accettato l'incarico cui sopra.

Congresso Internazionale di Idrologia Medica.

(Roma-Montecatini-Salso).

Partecipiamo a coloro che si sono inscritti al Congresso, che vi interverranno i Ministri di Igiene dell'Inghilterra e della Czeco-Slovacchia e che il Ministro d'Igiene della Germania sarà rappresentato dal prof. dott. Bocker (Wildbad).

La inaugurazione avverrà alle ore 11 nell'Aula Massima del Palazzo Senatorio.

Coloro che intendessero di aderire al Congresso è bene sappiano che il ribasso ottenuto è del 50 % e che la tessera-libretto porta cinque coupons, uno dal paese di partenza a Roma, l'altro da Roma a Montecatini, il terzo da Montecani a Fidenza, il quarto da Fidenza al punto di partenza, ve ne è un quinto Roma-Napoli e viceversa che serve perchè i Congressisti vadano a vedere le magnifiche Terme di Agnano.

Il Congresso psichiatrico a Trento.

Il 22 sett. nel salone del Castello del Buon Consiglio, in Trento, alla presenza delle autorità civili e militari, venne inaugurato il Congresso nazionale psichiatrico sotto la presidenza del senatore Morselli. Vi hanno partecipato medici specialisti di tutta Italia.

Hanno parlato il prefetto on. Vaccari portando il saluto del Governo, il prof. Morselli e il prof. Alberti direttore dell'Ospedale psichiatrico della Venezia Tridentina.

I congressisti si sono recati a deporre una corona sui cippi dei martiri. Sono stati quindi ricevuti in Municipio, ove il podestà on. Gianferrari ha loro rivolto parole di saluto.

Il Congresso ha iniziato i suoi lavori nel pomeriggio. Dei lavori daremo conto prossimamente.

Scuola Superiore di Malariologia.

Sono stati chiusi i corsi di lezioni ed esercitazioni. Ora vengono compiute due gite d'istruzione: una alle bonifiche della Calabria, l'altra alle bonifiche dell'Italia settentrionale. Il 15 ottobre, alla chiusura della seconda gita, avrà luogo, in Venezia, la consegna dei diplomi.

Daremo prossimamente una notizia riassuntiva sullo svolgimento dei corsi.

La C. R. I. offrirà un aeroplano sanitario alla Flotta aerea.

Il R. Commissario per la C. R. I. ha inviato a S. E. il Capo del Governo, Ministro dell'Aeronautica, il telegramma seguente:

« S. E. Capo Governo Ministro Aeronautica - Roma. — Onoremi partecipare a Vostra Eccellenza che la Croce Rossa Italiana, fedele alle sue tradizioni di patriottismo e di comprensione delle esigenze nazionali, offrirà, mediante sottoscrizione tra i soci, un aeroplano sanitario. Prego la E. V. gradire i sensi del mio devoto ossequio. — Regio Commissario Piomarta ».

*
* *

Il Comitato di Circoscrizione di Roma della Croce Rossa Italiana ha diramato la seguente circolare:

S. E. il R. Commissario della C. R. I. ha rivolto vivo appello perchè sia aperta una Sottoscrizione fra i Soci, per offrire un Aeroplano sanitario alla Nazione. La quota di sottoscrizione non dovrà essere inferiore a L. 5 nè superiore a L. 10.

Mentre faccio sicuro appello ai nobili sentimenti dei Consiglieri e Signore della Sezione Femminile, perchè la nostra Associazione dia prova tangibile del suo attaccamento alla Patria, anche in questa occasione, faccio presente che l'effetto morale di questa nostra Sottoscrizione, avrà tanto maggior valore quanto più prontamente sarà condotta a termine. *Il Presidente*: Sandrini.

La carta d'identità per le Case di cura.

Al Ministero dell'Interno è stato rivolto un quesito per sapere se gli ammessi alle case di cura dovevano essere provveduti della carta di identità. E il Ministero ha risposto che, secondo la lettera della legge, sono soggette alla disciplina dell'articolo 107 (carta d'identità) le case di salute, ma non già le vere e proprie case di cura, nelle quali vengono ricoverate persone affette da malattie in atto, e perciò bisognevoli di speciali cure mediche e chirurgiche. Quindi le case di cura sarebbero esonerate dall'esigere la carta di identità a coloro che si presentano ad esse.

Il Manicomio di Napoli intitolato a Leonardo Bianchi.

La Commissione Provinciale di Napoli ha stabilito di intitolare quel grande Manicomio al nome di Leonardo Bianchi, che è legato alla scienza da lui fatta progredire e a tutto il funzionamento di quell'Ospedale Psichiatrico, che ebbe nell'amato Maestro un vero animatore.

Istituto per le ricerche psico-fisiologiche sull'aviazione in Firenze.

Questo Istituto recentemente è stato intitolato al compianto prof. Gino Galeotti, a ricordo del grande impulso che l'eminente biologo italiano dette alle ricerche psico-fisiologiche sull'aviazione.

Ospedale italiano di Amman.

Ad Amman, capitale della Transgiordania, alla presenza dell'Emiro Abdallh, Re della Transgiordania, del Patriarca latino monsignor Barlassina, del R. Console Generale in Gerusalemme on. Pedrazzi, delle autorità locali e di numerosi connazionali componenti il pellegrinaggio nazionale in Palestina, fu solennemente inaugurato l'Ospedale italiano, colà costruito dalla benemerita Associazione Nazionale dei Missionari, di cui è Segretario generale il sen. Schiaparelli.

I medici stranieri del "Nord-Sud".

Dopo essere stata a montecatini, Fiuggi, Chianciano e altre stazioni climatiche e termali, la comitiva di circa 200 medici stranieri del « Nord-Sud », ha visitato le Terme di Castellammare di Stabia, ove tenne loro una smagliante conferenza il prof. Pietro Castellino. Parlarono anche il prof. Ruata e il podestà di Castellammare. Erano intervenute le autorità della Provincia e locali: erano presenti circa 2000 persone.

Medici spagnoli a Milano.

Una comitiva di medici spagnoli che vanno compiendo un viaggio di istruzione, ha visitato alcune Cliniche e Istituti scientifici alla Città degli Studi di Milano. Essi hanno espresso la loro ammirazione per la modernità di organizzazione e ricchezza dei Laboratorî scientifici annessi ai singoli Istituti. Ricevuti dal podestà, on. Belloni, due dei medici che fanno parte del Consiglio comunale di Barcellona gli hanno consegnato un messaggio dell'Alcade della loro città.

Corso di specializzazione in Medicina coloniale a Bologna.

Alla fine del prossimo novembre si inizierà presso la Scuola di Patologia Coloniale di Bologna annessa alla Clinica Medica, un corso per Diploma di Specialisti in Medicina Coloniale per i laureati in medicina e chirurgia. Il programma comprende i seguenti insegnamenti: Clinica delle malattie coloniali, Igiene Coloniale, Clinica Medica, Protozoologia, Entomologia, Elmintologia, Batteriologia, Sierologia.

Alle lezioni teoriche si alterneranno esercizi pratici e dimostrativi, essendo l'Istituto fornito di abbondante materiale scientifico e di laboratorio. L'Istituto resta aperto tutto l'anno.

Le tasse in totale (iscrizione, laboratorio, diploma, ecc.) ammontano a L. 2100, metà pagabili all'atto dell'iscrizione. Possono inscriversi i laureati in Zoiatria, i quali seguiranno parte dei corsi ricevendone alla fine un certificato. Per schiarimenti rivolgersi alla Direzione dell'Istituto in Bologna - Ospedale S. Orsola.

Corso medico per Missionari a Parma.

Un corso affatto speciale di medicina e chirurgia per i Missionari viene svolto presso la R. Università di Parma, per speciale iniziativa della Facoltà medica. Detto corso avrà la durata di soli quattro anni, e sarà frequentato dagli inscritti agli Istituti per le « Missioni estere », i quali potranno così completare la coltura onde svolgere la loro opera, altamente civile di umanità, nelle regioni ove saranno poi destinati.

L'inaugurazione ebbe luogo in forma modesta, nell'Aula Magna della Università, con l'intervento delle principali autorità locali.

Una settimana di gastrologia clinica a Parigi.

Dal 10 al 18 ottobre il dott. Félix Ramond, assistito dai dottori Jacquelin, Zizine e Gorostidi, terrà nel suo servizio (Hôpital St-Antoine) una serie di conferenze sulle principali malattie dello stomaco e del duodeno e sui metodi nuovi d'esplorazione e di diagnosi di questi organi. Dimostrazioni pratiche accompagneranno le conferenze. Queste sono gratuite; la tassa d'iscrizione ai lavori pratici importa 250 franchi.

Borse di studio della Fondazione Rockefeller.

La Fondazione Rockefeller durante il 1926 ha assegnato 889 borse di studio, direttamente od attraverso altri Enti; di esse, 386 hanno permesso ai concessionari di recarsi in paesi stranieri.

Premio Amerigo Barlocco.

Con R. D. n. 1451, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, n. 201, 1927, la R. Università di Modena è stata autorizzata ad accettare una donazione per l'istituzione del premio annuo « Prof. Amerigo Barlocco ».

Elargizioni e lasciti.

A Lecce il comm. Luigi Scarciglia ha elargito la cospicua somma di 3 milioni di lire in buoni del Tesoro e L. 100 mila in valuta per la lotta locale contro la tubercolosi.

Donazioni all'Università Harvard.

Alla recente inaugurazione dell'Università Harvard fu annunziato che durante l'anno scolastico 1926-27 essa ricevette delle donazioni per oltre 6 milioni di dollari, pari ad oltre 100 milioni di lire italiane, oltre gl'introiti delle sottoscrizioni promosse tra gli ex-alunni e l'introito del lascito Gordon McKay.

Per l'insegnamento della Clinica chirurgica alla Tulane University.

L'Amministrazione della Tulane University di New Orleans (Louisiana) ha stanziato 150,000 dollari annui per organizzare l'insegnamento della Clinica chirurgica col sistema del « full-time », cioè in modo che il direttore e il personale assistente vi consacrino tutto il proprio tempo.

Le assicurazioni sociali in Francia.

La nuova legge francese per le assicurazioni sociali importerà un bilancio di 4 miliardi e mezzo di franchi l'anno, di cui 600 milioni circa per l'assicurazione malattie.

Il Sindacato dei Medici della Senna ha diramato al riguardo 60 mila copie di una circolare, in cui afferma che i medici non sono ostili al principio delle assicurazioni sociali, ma soltanto desiderano evitare gli svantaggi che possono derivare dal nuovo sistema di medicina statale. Quanto meno, vorrebbero che fosse assicurata la libera scelta del medico da parte dei pazienti e che questi potessero retribuire il medico direttamente, senza l'interposizione delle Società di Assicurazione, le quali richiedono un esercito di funzionari costosi e cavillosi e consentono abusi politici.

Per i concorsi a interni negli ospedali di Parigi.

Nella stampa medica francese si rinnovano le discussioni, cui abbiamo altra volta accennato, per i concorsi ad interni negli ospedali di Parigi, dato che dalla costituzione delle Commissioni — fatta per sorteggio — può desumersi in precedenza il nome dei vincitori. Alcuni dei concorrenti devono attendere fino all'età di 40-45 anni, se la sorte non li favorisce prima nella composizione delle Commissioni esaminatrici. Tutto ciò ingenera uno stato di demoralizzazione ed importa un insano sciupio di energie e di tempo. Ultimamente il prof. Sicard si è dimesso da commissario, con una lettera aperta in cui egli propone che la nomina degli interni sia affidata alla « Société des Médecins des Hôpitaux de Paris », senza concorso; la scelta cadrebbe fra coloro che hanno superato due volte il primo esame. Gl'intrighi non verrebbero eliminati, ma si avrebbe una base più larga di scelta e il responso sarebbe più soggetto a controllo.

Esclusione delle medichesse dagli impieghi in Inghilterra.

La Federazione delle medichesse in Inghilterra ha elevato un'energica protesta contro il Consiglio della Contea di Durham, il quale recentemente ha deliberato di escludere le donne maritate da qualsiasi impiego, seguendo, in ciò, l'esempio di altri Municipî. La protesta rileva che in questo modo si rinunzia all'opera di alcune medichesse che hanno dimostrato esperienza e abilità indiscutibili; rileva inoltre che per alcune donne i gravami della famiglia sono relativamente lievi, ad esempio per quelle senza bambini o i cui figli hanno raggiunto un'età che richiede meno la sorveglianza materna; rileva infine che l'esperienza personale acquistata nel matrimonio e nella maternità aggiunge valore a queste professioniste, per esempio nell'assistenza ai bambini; la protesta fa anche delle considerazioni economiche: osserva che è ingiusto sottrarre alla professione delle donne che vi hanno consacrato anni di lavoro e di devozione e che si fa torto anche al pubblico, il quale viene ad essere privato dei servizi che potrebbe ottenerne.

Creazione di un « Argo Medico » nel Belgio.

La « Féderation Médicale Belge », che collega tutte le Società mediche del Belgio, ha aperto nel suo bollettino mensile una nuova sezione, che raccoglierà quanto si pubblica nella stampa politica, che possa interessare i medici, allo scopo di accentrare le controversie e le discussioni, in specie per quanto riguarda le Società di Mutuo Soccorso (assicurazione contro le malattie).

Onoranze al prof. Cabred.

L'Accademia Nazionale di Medicina di Buenos Aires ha deciso di onorare il prof. Domingo Cabred, fondatore della Cattedra di psichiatria alla Scuola Medica di Buenos Aires, alla cui attività si deve la fondazione di numerosi manicomî, come Las Mercedes, Oliva, ecc., nonchè di numerose case di salute e ospedali privati.

Vittima dei raggi X.

La Fondazione Carnegie per gli Eroi ha assegnato 600 dollari annui al dott. G. C. W. Williams, che dal 1895 fino allo scorso anno ha compiuto opera assidua di roentgenologo. Egli prestò servizio durante tutta la guerra. Ha contratto una radiodermite per la quale si dovettero amputargli, in otto riprese, la mano destra e due dita della sinistra; ora ha dovuto rinunziare alla sua attività professionale.

Il dott. Marañón.

Come ne abbiamo dato notizia, il dott. Marañón era stato condannato ad una multa di 100 mila pesetas (pari ad oltre 300 mila lire) ed al

carcere, perchè accusato di aver espresso opinioni contrarie a quelle dell'attuale governo spagnolo. Non appena uscito dal carcere, egli è stato chiamato al Palazzo Reale per assistere una paziente, su richiesta personale della Regina Madre. Subito dopo si è tenuta la prima assise della Corte Marziale, la quale ha giudicato Marañón e lo ha mandato completamente assolto. Questo giudizio, però, non vale a liberarlo dalla condanna precedentemente inflittagli.

Radium ricuperato.

Nel « Coffle Hospital » di Sheffield, nell'Alabama (Stati Uniti), era stato perduto un tubetto di radium valutato circa 80,000 lire. Esso era assicurato. Dopo tre settimane di ricerca, mediante l'elettroscopio, si potè ritrovarlo tra le ceneri di una fornace, in cui venivano bruciati i residui della città.

Per un volontario della scienza.

Un Comitato nord-americano ha raccolto i fondi per la costruzione di una casa rurale, che è stata offerta al sig. John R. Kiessinger, il quale 27 anni or sono si era offerto per un esperimento, eseguito a Cuba, dalla nota Commissione medica militare, per accertare il cómpito delle zanzare nella trasmissione della febbre gialla. Egli contrasse la malattia e ne rimase invalidato. Il governo degli Stati Uniti gli aveva assegnato una pensione di 12 dollari mensili, elevata poi a 100 e recentemente a 250 con legge speciale. La casa rurale, vasta ed elegante, è stata eretta a Huntington, nell'Indiana. Il Kiessinger al momento dell'esperienza era un soldato volontario. Insieme con lui si sottopose all'esperimento un compagno, nominato John J. Moran, l'uno e l'altro nativi dell'Ohio.

Infortunio professionale.

Si è compiuta a Londra un'istruttoria giudiziaria per la morte sotto anestesia di una donna dell'età di 35 anni, al St. Bartholomew Hospital. È risultato che per errore le venne somministrata anidride carbonica invece di ossido nitroso, insieme ad ossigeno (al 20 %): tre minuti dopo si aveva arresto del cuore; tutti gli sforzi fatti (dall'iniezione di tricnina al massaggio del cuore messo a nudo), per la durata di 75 minuti, riuscivano vani. L'autopsia, eseguita da sir Bernard Spilsbury, dimostrava che la donna era in ottime condizioni generali e che l'operazione avrebbe avuto pieno successo. È risultato che l'anestetista aveva eseguito, nel corso di 20 anni, circa 20,000 anestesie, senza che si producesse mai alcun inconveniente. L'errore fu dovuto alla circostanza che l'anestetista stava in piedi anzichè a sedere, come al solito, e che ciò non gli fece riconoscere bene il colore delle bombole.

Il giudice istruttore ha sentenziato che converrà usare colori ben riconoscibili e tappi diversi per le bombole di anidride carbonica; non trovò gli estremi della colpa e mandò assolto l'anestetista riconoscendo trattarsi di una « morte da disgrazia ».

Il 13 agosto u. s. un incidente automobilistico troncava la vita del dott. PIETRO SPANDRI, nato a Venezia nel 1874. Era stato assistente di Giordano ed aveva pubblicato pregevoli contributi nel campo della clinica chirurgica. Un'intrapresa industriale lo aveva distratto dalla professione.

Nominato presidente della Congregazione di Carità, aveva spiegato opera preziosa: fatto costruire alloggi popolari, aperto negli ospedali l'internato estivo per studenti, dato impulso alla Scuola Nani per infermiere, sfollato gli ospedali distribuendo i malati in altri locali adatti, ecc. Le sue qualità fattive ne rendevano ricercate l'opera e il giudizio.

A. P.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIV Roma, 10 Ottobre 1927 Fasc. 41

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. OSPEDALE CIVILE IN PESCIA.
prof. A. CORDERO, chirurgo prim. e soprintendente.

Piopneumotorace subfrenico

per il dott. GUIDO TONELLO, assistente.

La nomenclatura « Piopneumotorace subfrenico » è stata introdotta da Leiyden, per denominare una raccolta purulenta sotto diaframmatica con contenuto di gas da putrefazione.

Varie sono le cause di questo processo morboso. Le perforazioni di un'ulcera gastrica o duodenale, di cisti suppurate del fegato o del pancreas, raramente del rene e della milza, sono le più frequenti. Causa abbastanza frequente è rappresentata pure dalla appendicite.

Di origine appendicolare è stato il piopneumotorace subfrenico di un malato, studiato nel nostro Spedale. Ne riporto brevemente la storia clinica.

M. A., operaio, di Borgo a Buggiano, di anni 19.

Ebbe paralisi infantile a 2 anni e gli residuò atrofia della gamba sinistra. Non ha avuta nessun'altra malattia degna di nota.

Quindici giorni prima della sua entrata in Ospedale soffrì di una colica violenta nel quadrante inferiore destro dell'addome, colica accompagnata da vomito e da forte rialzo termico. Fu diagnosticata per colica appendicolare. Migliorò ben presto — tanto che aveva già incominciato a mangiare di tutto. Una diecina di giorni dopo la colica, gli comparve improvvisamente una tumefazione al quadrante superiore destro dell'addome — tumefazione dolentissima, accompagnata da notevole affanno di respiro e da temperatura elevata.

Giovane di gracile costituzione fisica, apparecchio scheletrico regolare — masse muscolari flaccide, atrofiche nella gamba sinistra — pannicolo adiposo scarso — colorito della pelle e delle mucose visibili pallido.

Decubito laterale sinistro.

Torace. — All'ispezione del torace si nota aumento di volume della base dell'emitorace destro. L'emitorace sinistro si espande regolarmente nei movimenti respiratori. L'emitorace destro non si espande. Alla palpazione il fremito vocale tattile nell'emitorace destro è aumentato al di sopra e abolito al di sotto della 4ª costa.

Normale nell'emitorace sinistro. Alla percussione al di sopra del 4° spazio intercostale di destra si ha suono ottuso, fra il 4° e il 7° spazio intercostale suono metallico, al disotto suono ottuso. All'ascoltazione dell'emitorace destro respiro soffiante sopra la 4ª costa — silenzio respiratorio in basso. Rumore di guazzamento nei movimenti del corpo. — Respiro normale a sinistra.

Cuore: leggermente spostato verso sinistra. Toni puri e netti su tutti i focolai.

Addome: espanso enormemente nel quadrante superiore di destra, dolente alla pressione.

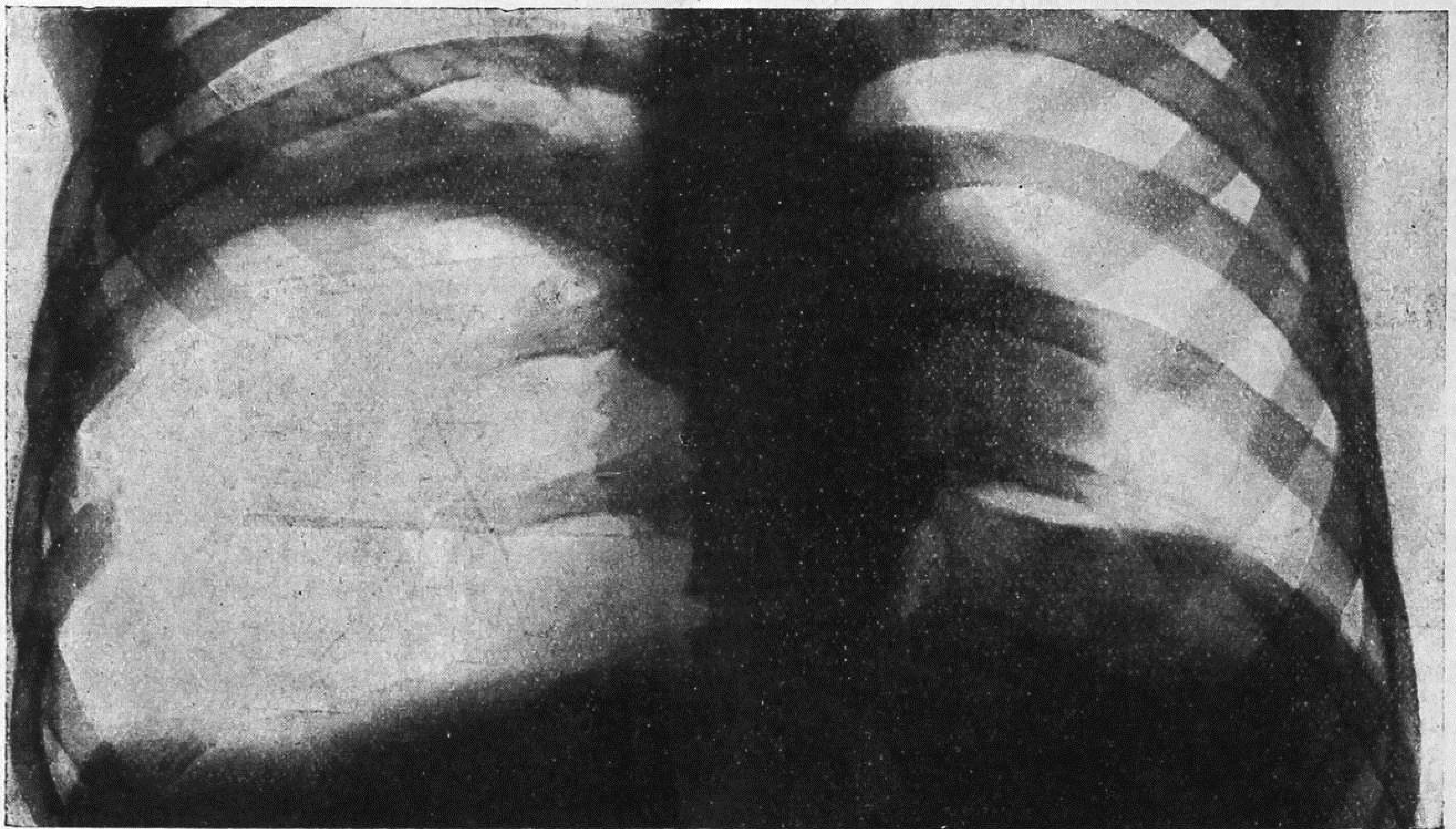
Nelle *orine* tracce d'albumina, glucosio e urobilina assenti.

Temperatura 39-39,5; polso 110 ritmico; respiro 40.

Reperto radiologico. — Il diaframma destro è sollevato in alto e raggiunge la 4ª cartilagine costale. Al di sopra della falce diaframmatica notasi una zona di opacità da riferirsi al polmone atelettasico. Al disotto del diaframma grossa bolla gassosa, che in basso si continua con una opacità a livello orizzontale nettissimo, che cambia di livello e di disposizione nelle varie posizioni del corpo, con i caratteristici movimenti ondulatori delle raccolte idrogassose.

Diagnosi radiologica. — Piopneumotorace subfrenico (conf. radiografia).

Una puntura esplorativa praticata nell'ottavo spazio intercostale destro sulla ascellare posteriore diede esito a pus icoroso, molto fetido.



La cultura del pus, su comuni terreni fu negativa. Però non fu praticata in ambiente anaerobico.

Fu fatta un incisione (prof. Cordero) nell'ottavo spazio intercostale, e ne uscì circa 3 litri di pus con i caratteri suddescritti,

Rapidamente le condizioni del malato migliorarono il respiro divenne più regolare, la enorme tumefazione addominale scomparve, si abbassò la temperatura.

Interessante è di stabilire l'origine appendicolare di questo ascesso. Se si pensa che il malato non ha mai sofferto prima della presente malattia disturbi gastrici tali da farci pensare ad un'ulcera dello stomaco, si può escludere siasi trattato di una perforazione di ulcera. La sintomatologia suddescritta apparsa improvvisamente, ci fa escludere l'origine dell'ascesso dalla perforazione di una cisti suppurata del fegato o di un altro organo prossimiore, anche perchè mancavano sintomi di alterata funzionalità di questi organi.

L'ammalato 15 giorni prima di presentare questa sindrome morbosa, ebbe una colica violenta, con localizzazione dolorosa nel punto di Mac Burnej, colica accompagnata da vomito e da febbre, scomparsa in breve tempo. Viene spontaneo di mettere in rapporto la presente malattia con l'attacco appendicolare sofferto in precedenza.

Il Dieulafoj si occupa in modo particolare delle complicanze dell'appendicite. Chiama « epopea appendicolare » gli stadi di sviluppo delle varie complicanze. Uno degli ultimi stadi dell'epopea appendicolare del Dieulafoj è l'ascesso subfrenico.

Autori come il Nothnagel, l'Ebstein, il Majdl, il Lang, il Martinet ecc., riportando casi di ascessi subfrenici accennano all'origine appendicolare degli stessi.

« È probabile — dice il Cordero (1) — che molti degli ascessi subfrenici dei quali non è stata riconosciuta la causa dipendano dall'appendicite: difatti ora che questa malattia è meglio conosciuta, anche nelle sue complicanze lontane, il numero degli ascessi subfrenici da causa ignota è diminuito, ed è aumentato il numero di quelli dipendenti dall'appendicite ». Fra questi, cui accenna il Cordero, è da ascrivere il caso

(1) CORDERO. *Patogenesi, anatomia patologica, sintomatologia delle lesioni viscerali, para-appendicitiche*, **1907**.

di ascesso sottodiaframmatico con contenuto di gas putrido, operato e guarito qualche tempo fa in questo Spedale, in un tranviere di Pescia « Silvestri Attilio » di anni 23 nella cui anamnesi prossima si trova cenno di disturbi intestinali vaghi.

La propagazione dell'infiammazione dall'appendice al diaframma può avvenire o per anomalia di posizione dell'appendice stessa o per propagazione attraverso i linfatici, perchè anatomicamente l'appendicite inizia con una infiammazione del tessuto linfoide sottomucoso e per un processo di linfangite interstiziale penetra a pieno spessore nelle pareti raggiungendo la superficie peritoneale (Forgue). Le tàppe di questa propagazione linfatica sono: l'ascesso peritiflico, il flemone perirenale, l'ascesso subfrenico, la pleurite purulenta.

Concludendo: l'atto operativo precoce nell'appendicite è il miglior mezzo profilattico contro tutte le possibili complicanze e dopo l'attacco appendicolare l'apparente benessere (come nel nostro malato) deve sempre tenere in guardia il curante.

OSPEDALE CIVILE DI PADOVA - DIVISIONE MEDICA
diretta dal Primario dott. ZANCAN.

L'ernia mediastinica nel corso del pneumotorace terapeutico

per il dott. ANTONIO GASPARINI, aiuto.

È noto che durante il corso del penumotorace artificiale il disquilibrio di pressione intrapleurica che si viene a formare tra l'emitorace malato e l'emitorace sano ha una notevole ripercussione sul mediastino e gli organi che questo racchiude. Il mediastino può essere considerato quale un setto divisore steso fra i due emitoraci, fissato solo alle due estremità dagli organi del collo e del diaframma, libero e fluttuante nella sua parte mediana e mantenuto qui in sito dall'equilibrio relativo dei due emitoraci (Bard); quando questo equilibrio relativo non esiste più il mediastino può essere spostato verso la parte in cui è maggiore la pressione negativa, ed in grado maggiore o minore secondo quanto lo consente la elasticità dei suoi tessuti. Tale condizione si verifica frequentemente nel corso della collassoterapia, durante la quale, ed è noto con quale facilità specie nei soggetti giovani, anche senza portare la pressione penumotoracica a valori positivi,, il mediastino può essere attratto verso la parte sana spesso quasi a guisa di un arco di cerchio e dotato talora di movimenti pendolari ritmici con gli atti respiratori.

Se questa è la conseguenza di gran lunga la più frequente a cui può portare il dislivello di pressione fra i due emitoraci, nei riguardi del comportamento del mediastino, non è però l'unica. Un'altra conseguenza, che si manifesta con relativa rarità, è rappresentata dalla estroflessione del mediastino in punti di maggior cedevolezza, per la quale viene a formarsi nell'emitorace sano una sacca gassosa comunicante col penumotorace del ato opposto. È ciò che costituisce quella condizione patologica nota sotto il nome di ernia mediianistica.

La patogenesi de l'ernia medianistica è intimamente legata alla conoscenza dei cosidetti punti deboli del mediastino, già bene dimostrati dagli studi di Nitsch. Questo autore osservando, attraverso una apertura praticata sulla parete anteriore di un emitorace, come si comporta il mediastino in seguito ad una sovrapressione cui è sottoposto per insufflazione di gas nel cavo pleurico del lato opposto, ha notato che in due punti esso è particolarmente cedevole. Uno, chiamato punto debole anteriore superiore, si estende dal margine superiore del manubrio dello sterno fino alla base del cuore alla altezza circa della 3ª-4ª costa e penetra in profondità per 3-4 centimetri; esso è rappresentato nient'altro che dalla nicchia del timo. È noto che questa ghiandola perdendo l'importanza che ha nel bambino si atrofizza nell'adulto, e viene sostituita da un tessuto lasso connettivo e grassoso, in cui raramente si può osservare qualche residuo di sostanza ghiandolare; le due pleure mediastiniche sono quindi, in questo punto, separate da un tessuto particolarmente cedibile e disposto talora in no strato così sottile da essere esse quasi accollate l'una all'altra.

L'altro, detto punto debole posteriore inferiore, è situato nel segmento posteriore inferiore del mediastino, ed è limitato dalla colonna vertebrale e dall'aorta all'indietro e dall'esofago e cuore all'avanti; anche in questo punto i due foglietti della pleura mediastinica possono essere molto vicini l'uno all'altro, e talora esiste, anche in condizioni normali, un vero recesso pleurico che sporge da una parte nell'altra metà del torace.

L'ernia mediastinica non fa che confermare le esperienze di Nitsch per quanto riguarda la esistenza del punto debole anteriore superiore, perchè è in questo punto che, quasi esclusivamente, essa si forma. Secondo Dumarest e Nitsch stesso, l'esistenza del punto debole posteriore inferiore non è meno dimostrata dalla formazione del triangolo di ottusità paravertebrale (segno di Grocco) nelle pleuriti essudative in soggetti giovani, dovuto secondo alcuni allo spostamento del mediastino in toto nella sua parte inferiore per-

la pressione esercitata dal liquido, secondo altri alla distensione del cul di sacco pleurico interaortico-esofageo.

L'ernia del mediastino si forma, come si disse, quasi esclusivamente nel punto debole anteriore superiore; si può osservare anche una distensione del recesso pleurico posteriore inferiore, ma raramente in forma tale da costituire una vera ernia; a quanto mi consta fu descritto un unico caso di ernia di questo recesso, ed è quello di Brauer e Spengler. Con maggiore frequenza l'ernia si forma a destra, nel corso cioè di pneumotorace sinistro: su 18 fra i casi descritti dai vari autori, 13 sono di ernia destra (casi di Forlanini, Stivelmann e Rosemblatt, Cividali, Dumarest e Brette, Cantieri), e 5 a sinistra (casi di Brauer e Spengler, Sayago, Muralt, Sella); per spiegare questa maggiore frequenza dell'ernia destra bisogna che oltre la ragione anatomica accennata intervengano altri fattori a rendere più facilmente distensibile il cul di sacco sinistro, perchè per la ragione anatomica stessa dovrebbe verificarsi l'inverso. Infatti mentre il cul di sacco sinistro rimane al livello del margine sternale sinistro, quello di destra invece riesce a sorpassare la linea mediana portandosi anche talora lungo il bordo sternale sinistro.

La presenza dei punti deboli mediastinici rappresenta la ragione anatomica e anche la principale dell'ernia mediastinica; questa si forma quando i punti deboli non possono resistere al dislivello di pressione fra i due emitoraci; occorre però che i cul di sacco pleurici siano dotati di una abnorme distensibilità e sia bene conservata la elasticità dei tessuti. Per questo l'ernia del mediastino si osserva con quasi esclusività nei soggetti giovani, e nei quali non sia intervenuto precedentemente alcun processo pleuritico a rendere la pleura anelastica. Concorrono poi altri fattori coadiuvanti, rappresentati da condizioni affatto individuali e che solo come tali possono avere valore nella patogenesi dell'ernia del mediastino: tale può essere la pleurite in atto, la quale porta ad una maggiore cedibilità della sierosa e ad un aumento di pressione intrapleurica per la presenza di essudato liquido (casi di Cevidali, di Brauer e Spengler); importanza può avere pure la forte pressione negativa nell'emitorace opposto per lesioni polmonari sclerosanti (caso di Sella). Questi finora considerati sono fattori che causano l'estroflessione pleurica per azione della sola forza di attrazione esercitata dalla pressione negativa dell'emitorace sano. L'ernia in questi casi si forma precocemente, appena cioè raggiunto il collasso polmonare e con pressione oscillante attorno allo zero; può essere chiamata ernia da attrazione anche se in qualche caso la pressione pneumotoracica in riposo è di + 2 = + 4 (casi di Cantieri), il che non rappresenta certo una iperpressione nel vero senso della parola, tale da poter provocare una vera ernia da propulsione.

Praticamente può esistere anche l'ernia da propulsione, causata dalla forza della pressione pneumotoracica portata ad alti valori positivi; tale ernia può verificarsi in individui avanzati d'età, con penumotorace da lunga data, anche se con pleura ispessita da precedente pleurite. Tale è il caso descritto da Dumarest, il quale parla di un malato con pneumotorace sinistro, con pleura sclerosata da pregressa pleurite, e che perduto di vista presentava dopo un anno copioso versamento liquido e voluminosa ernia mediastinica destra. Erano qui presenti le condizioni necessarie a dare l'ernia da propulsione, e cioè la forte pressione e la forza esercitata da un gran peso di liquido. Però questi casi rappresentano una eventualità rara.

La sintomatologia soggettiva dell'ernia mediastinica può essere nulla; talora invece, se l'ernia è voluminosa, l'ammalato si lagna di senso di costrizione in corrispondenza della parte affetta, presenta ambascia di respiro, dispnea da sforzo, tosse irritativa; nel caso descritto da Sella l'ammalata era colta anche da vomito, probabilmente per compressione sul nervo vago. Come si vede sono sintomi che, lungi dall'essere costanti, non rappresentano nulla di caratteristico, essendo presso a poco quelli stessi che si possono verificare anche nello spostamento in massa del mediastino. Anche l'esame plessimetrico e la ascoltazione non sempre danno segni dai quali dedurre l'esistenza dell'ernia; solo se questa è voluminosa si può rilevare un'area di timpanismo parasternale con soffio anforico e segno del soldo. L'esame radiologico è l'unico che possa con sicurezza rendere manifesta l'ernia. Questa apparisce allo schermo quale un'area chiara che spicca sulla uniformità chiaroscura polmonare, limitata da una linea curva con la concavità rivolta verso il mediastino; può essere paragonata quasi ad una tasca le cui dimensioni sono molto variabili, potendo estendersi nel senso verticale, se molto voluminosa, dall'angolo cleidosternale alla base del cuore, come pure per solo l'altezza di 2 = 3 coste, prendendo in questo caso la forma di una piccola mezzaluna a ridosso del mediastino ed a sede il più delle volte nella parte alta di questo (Dumarest). Anche le dimensioni trasversali, che possono essere calcolate dalla distanza dal margine sternale al punto più saliente dell'ernia, sono molto varie (da 2 = 3 fino ad 8 centimetri). Da notare che le dimensioni variano con gli atti respiratori: aumentano nella

espirazione e diminuiscono nella inspirazione fino a potersi avere in questo momento quasi la scomparsa dell'ernia; questa cioè tende a rientrare quando la rarefazione gassosa che si produce nel pneumotorace durante la inspirazione diminuisce il dislivello di pressione fra i due emitoraci; il movimento quindi della parete limitante l'ernia è analogo ai movimenti pendolari del mediastino. Caratteristico il reperto radiologico del caso di Cevidali: trattasi di una malata con idropneumotorace sinistro e con ernia mediastinica destra grossa quanto un pugno; questa appariva allo schermo, dopo aver messo l'ammalata a giacere sul fianco destro, a contenuto idroaereo, e si svuotava del suo contenuto liquido inclinando la malata sul fianco sinistro; evidentemente il liquido dell'idropneumotorace poteva entrare od uscire dalla tasca erniaria secondo la posizione assunta dalla inferma. Questo stesso caso fu studiato radiologicamemnte da Baldoni, il quale ritenne trattarsi di una doppia cavità dovuta alla formazione, in tempi diversi, di due vere e proprie ernie, ciascuna con proprio foro di passaggio, una più grande inferiore e una superiore di minori dimensioni.

*
* *

Esposto succintamente quanto si può ricavare dalla letteratura medica su questo argomento, vengo a descrivere due casi capitati sotto la mia osservazione:

CASO I. — Z. Anelda. Casalinga, d'anni 22, nata Borgoricco.

Anamnesi famigliare negativa. Nessuna malattia pregressa fino all'età di 21 anni. A questa età ha avuto due volte, ed a breve distanza di tempo, emoftoe. Questa dà inizio alla sintomatologia della malattia polmonare. Entra in ospedale il 10 gennaio 1926. Si rilevano sintomi di tubercolosi estesa al lobo superiore di destra. Esame radioscopico: focolai di broncopolmonite cronica invadenti tutto il lobo superiore destro con escavazione alla regione sottoclaveare; regione ilare destra notevolmente infiltrata; strie peribronchitiche nel polmone sinistro; diaframma mobile con seni complementari liberi.

Il 16 gennaio 1926 inizia la cura pneumotoracica destra. Dopo le prime applicazioni si osserva, sia plessimetricamente che col controllo radioscopico, che si va formando in modo uniforme il collasso polmonare, sicchè si continuano le introduzioni di azoto alla distanza di 6 = 7 giorni ed in quantità di 500 = 600 cent. cub. Dopo 9 applicazioni la pressione intrapleurica finale viene così portata al valore di $\mp$ 0, pressione che viene mantenuta nei successivi rifornimenti e per la quale l'esame fisico fa constatare un collasso polmonare bene raggiunto e che dà notevole miglioramento delle condizioni della malata. L'8 maggio, quindi dopo circa tre mesi e mezzo dall'inizio della cura, e ad un mese di distanza da una precedente radioscopia, viene eseguito un nuovo esame radioscopico. Il precedente rifornimento di 550 cent. cub. di azoto aveva lasciato una pressione finale di — 2 + 3; notisi anche che nessun disturbo è accusato dalla malata. Allo schermo si osserva quanto segue: pneumotorace destro con compressione quasi totale

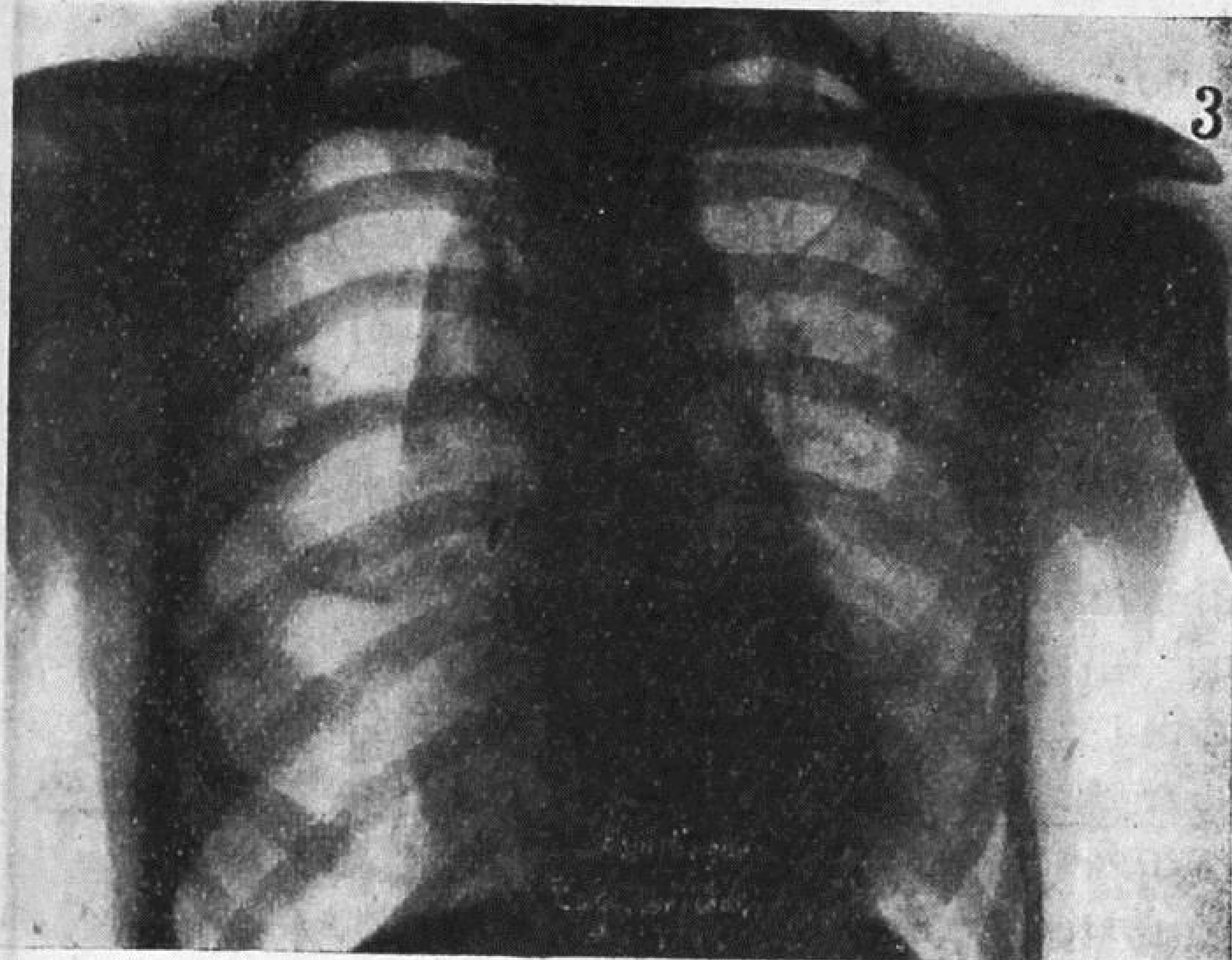


Fig. 1.

del polmone, nessuna traccia di liquido nella cavità pleurica; all'emitorace sinistro la zona del cuore è sormontata da una linea oscura, curva con la concavità a destra, che raggiunge in alto la seconda costa, e che racchiude fra essa e il margine sternale un'area di minore oscurità (fig. 1) che scompare all'acme delle profonde inspirazioni (fig. 2). In poche parole si rileva la

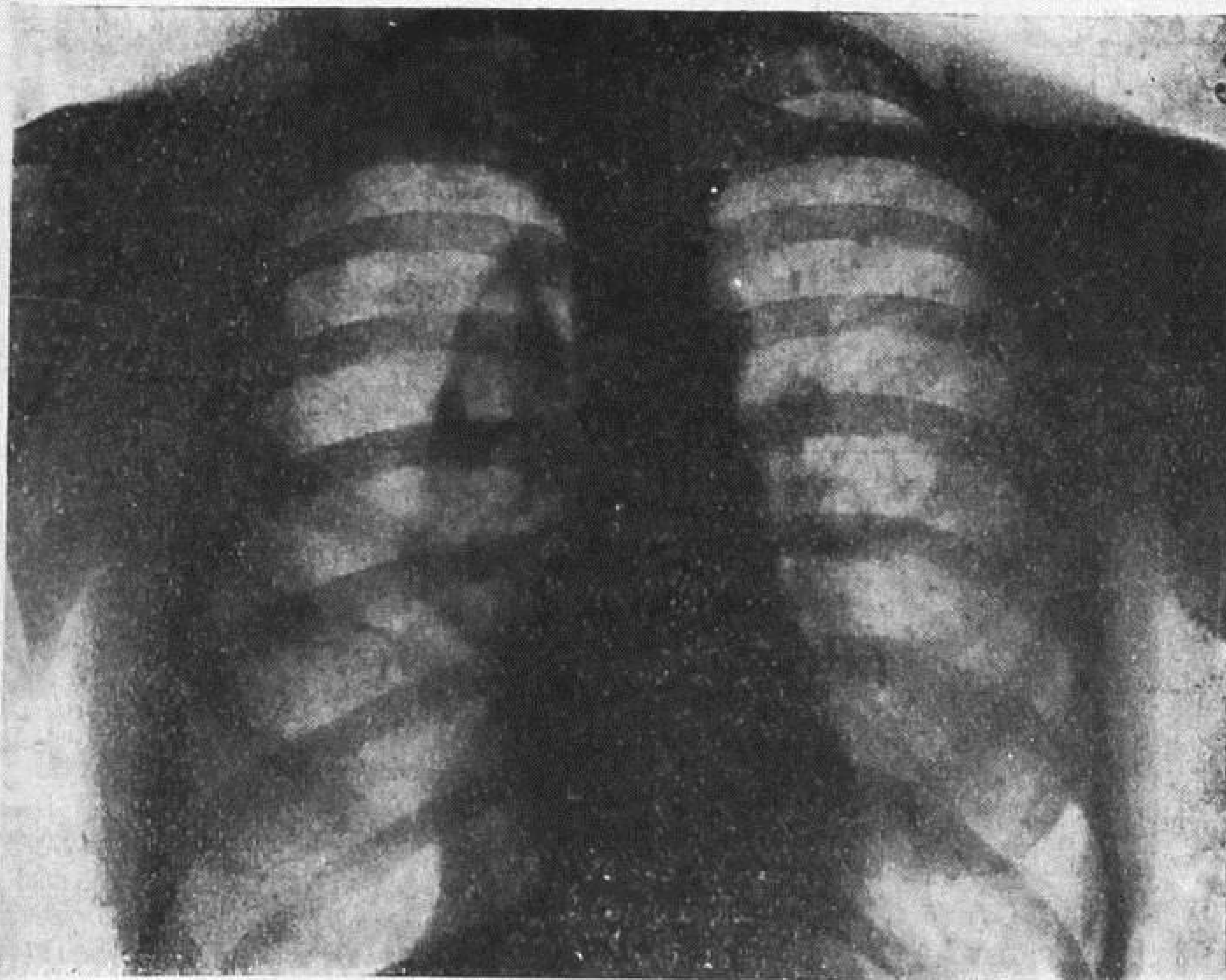


Fig. 2.

presenza di un'ernia mediastinica sinistra, del recesso pleurico superiore anteriore.

Questa constatazione è stata una vera sorpresa giacchè nulla aveva in precedenza fatto sospettare la presenza di un'ernia. Questa autorizza ad una sottrazione di 300 cent. cub. di azoto in seguito alla quale la pressione intrapleurica media è di — 3. Tale pressione non permette la scomparsa completa dell'ernia, ma non si crede ne-

cessario di dovere arrivare a questo, perchè si è visto che anche nelle primitive maggiori dimensioni la sua presenza era innocua, e d'altra parte le lesioni evolutive polmonari all'inizio della cura erano tali da non consentire la cessazione della azione pneumotoracica senza grave danno per la paziente. Attualmente questa continua i rifornimenti per conservare costante, con una pressione leggermente negativa, una discreta detensione polmonare; le sue condizioni generali sono più che soddisfacenti, localmente la malattia ha assunto un buon andamento, e l'ernia mediastinica, che come si è osservato ad una recente radioscopia ha ancora le dimensioni dimostrate dopo la sotrazione di gas, non provoca affatto disturbi.

Il caso descritto, oltre ad avere qualche importarza per essere uno dei rari casi di ernia mediastinica sinistra e per dimostrare come per produrre questa basti la sola azione della pressione negativa del lato opposto al pneumotorace, si presta anche a qualche considerazione: si è detto che nessun sintomo, prima di fare la constatazione radioscopica, si era notato che facesse sospettare la presenza dell'ernia; ciò dimostra come la sintomatologia di questa possa essere del tutto muta, ed afferma ancora una volta quanto sia indispensabile, per la buona condotta della cura pneumotoracica, il continuo controllo radioscopico. Se per dar luogo ad un'ernia del mediastino non è necessaria una pressione pneumotoracica positiva, si può facilmente immaginare quali siano gli effetti nocivi di una sovrepressione su un'ernia già formata; è quello che sarebbe avvenuto nel nostro caso se non fosse stato lo schermo radioscopico a svelare ciò che clinicamente decorreva in forma del tutto muta. Il nostro caso dimostra anche che una volta constatata la presenza di un'ernia, non è da cercare sistematicamente la scomparsa di questa; ciò potrà essere talora imposto dalla imponenza dei sintomi, ma raramente la natura di questi è tale da richiedere un rapido intervento. Il contegno da tenersi sarà diverso da caso a caso, e sarà spesso da mantenere un discreto ed utile collasso polmonare, con una pressione a ciò sufficente anche se non tale da far scomparire completamente l'ernia. Questa norma ha permesso nella nostra malata che si ottenesse una remissione della forma tubercolare e che nello stesso tempo non fosse per nulla nociva la poca resistenza dimostrata dal mediastino.

CASO II. — P. Antonio. Contadino, d'anni 21, nato a S. Giorgio delle Pertiche. Padre morto per tubercolosi polmonare. Nella anamnesi personale nessuna malattia pregressa. La sintomatologia della forma tubercolare iniziò otto mesi prima del ricovero del malato in ospedale. Alla data del suo ingresso (2 ottobre 1926) il paziente presenta numerosi fatti umidi alla sopraspinosa e alla regione ilare di sinistra; espettorazione abbondante e positiva per il bacillo di Koch. L'esame radiografico fa rilevare: broncopolmonite cronica a tipo fibro-caseoso al lobo superiore di sinistra; infiltrazione marcata alla regione ilare di sinistra; seni complementari ampi con conservata mobilità del diaframma; nulla al polmone di destra eccezione di qualche stria di peribronchite.

Il 9 ottobre inizia la cura pneumotoracica a sinistra; le prime introduzioni di quantità vieppiù crescenti di azoto vengono benissimo tollerate, e al controllo radioscopico si osserva che il collasso polmonare si va formando progressivamente e uniformemente. La pressione intrapleurica viene così portata in una diecina di applicazioni vicino al valore zero. Tolgo dalla cartella clinica i dati manometrici delle ultime tre applicazioni fatte prima di arrivare alla pressione massima raggiunta:

26 Ottobre 1926	— 8 — 4	cent. cub. 500 di azoto	— 6 — 2
5 Novembre »	— 7 — 3	» » 500 »	— 4 ± 0
13 » »	— 5 — 2	» » 500 »	— 3 + 2

Dopo quest'ultima applicazione l'ammalato, che già aveva cominciato a risentire notevoli benefici dalla cura, accusa per soli 3 = 4 giorni un leggero senso di oppressione al torace. Ciononostante il 22 novembre pratico una nuova introduzione di 400 cent. cub. di azoto, al termine della quale la pressione oscilla come la precedente fra — 3 e + 2; poco dopo si manifesta nuovamente senso di oppressione al torace e dispnea. All'esame fisico si rilevano i segni di pneumotorace già discretamente costituito e destrocardia. Il giorno seguente (23 novembre) viene eseguito l'esame radioscopico; questo mette in evidenza la destrocardia già rilevata plessimentricamente, e all'emitorace destro, al di sopra dell'ombra del cuore, un'ernia mediastinica che dalla base cardiaca si estende fino a quasi l'altezza della articolazione sterno-clavicolare, limitata da una linea curva il cui massimo di concavità è a 4 - 5 cent. dal bordo sternale destro; tali dimensioni diminuiscono nella inspirazione. Riproduco nelle figure 3 e 4 le radiografie prese all'acme dei due atti respiratori. Nessuna traccia di versamento liquido dal lato del pneumotorace.

In conclusione nel caso in parola si tratta di ernia mediastinica destra, formatasi in corrispondenza del punto debole superiore anteriore, in ammalato in corso di cura pneumotoracica sinistra, senza pleurite, a pressione intrapleurica non ancora portata allo zero (— 3 + 2).

L'ammalato viene lasciato a riposo continuo a letto e si sospendono temporaneamente le introduzioni di azoto, al fine di permettere che, col riassorbirsi spontaneo del gas, la pressione pneumotoracica acquisti un maggiore valore negativo e l'ernia così si riduca da sola e gradatamente. Infatti i disturbi vanno scomparendo, senonchè il 15 dicembre, dopo qualche giorno di leggera piressia, si rilevano sintomi di versamento li-

quido a sinistra. Si è costituito un idropneumotorace. Prima di fare eseguire un nuovo esame radioscopico controllo la pressione intrapleurica, e riscontro che questa è, malgrado il liquido lo matosi, ancora negativa ed ha anzi valore negativo più alto di quello raggiunto 22 giorni prima con l'ultimo rifornimento, oscillando fra — 6 e — 3. Alla radioscopia si rileva la presenza

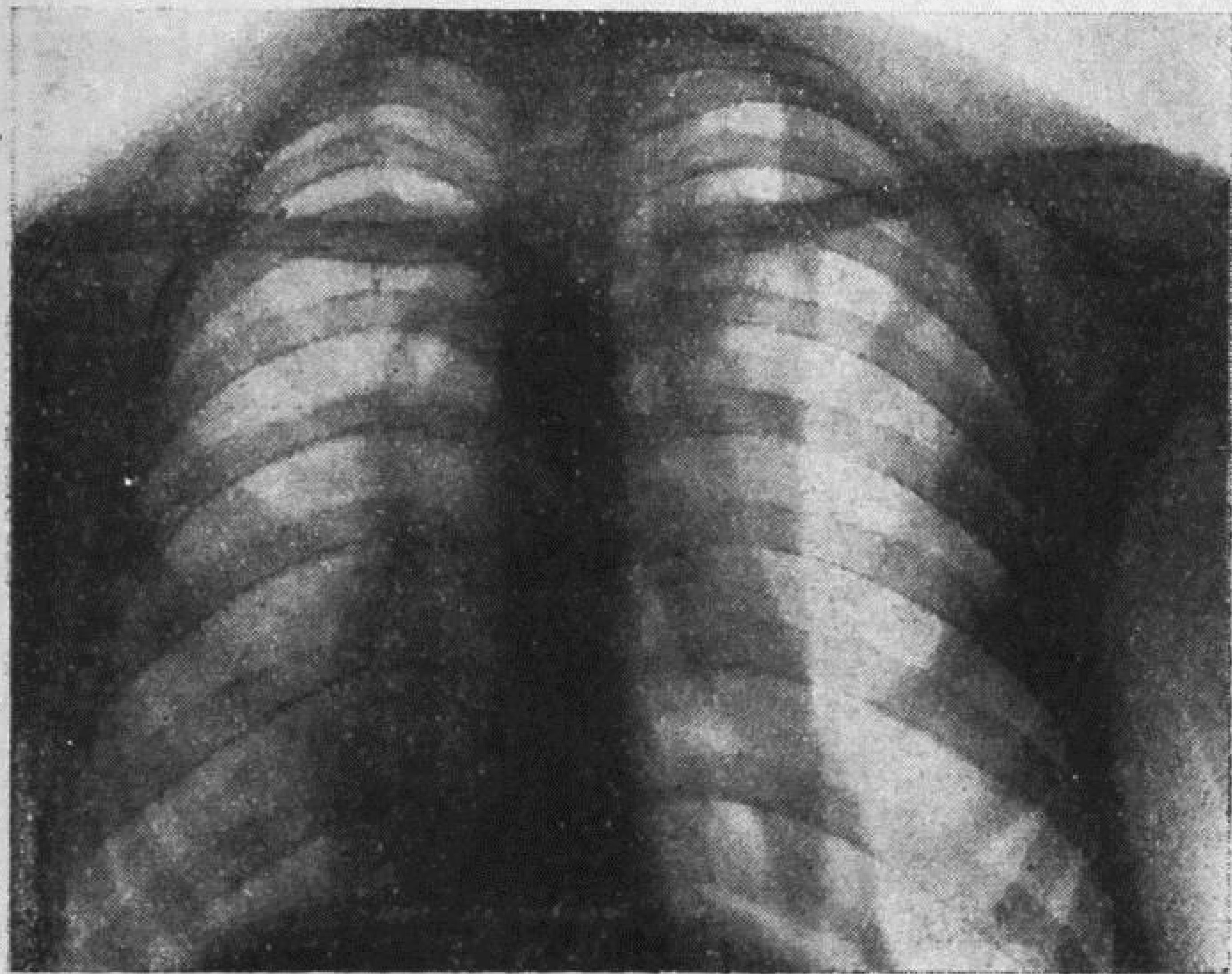


Fig. 3.

di liquido in quantità scarsa, riescendo esso appena a sorpassare lo spazio complementare pleurico, un discreto collasso polmonare, e la persistenza dell'ernia del mediastino in proporzioni alquanto superiori a quelle rilevate precedentemente. Si lascia ancora il malato sotto la vigile osservazione, senza intervenire per una sottrazione di gas, e si assiste così ad una parziale

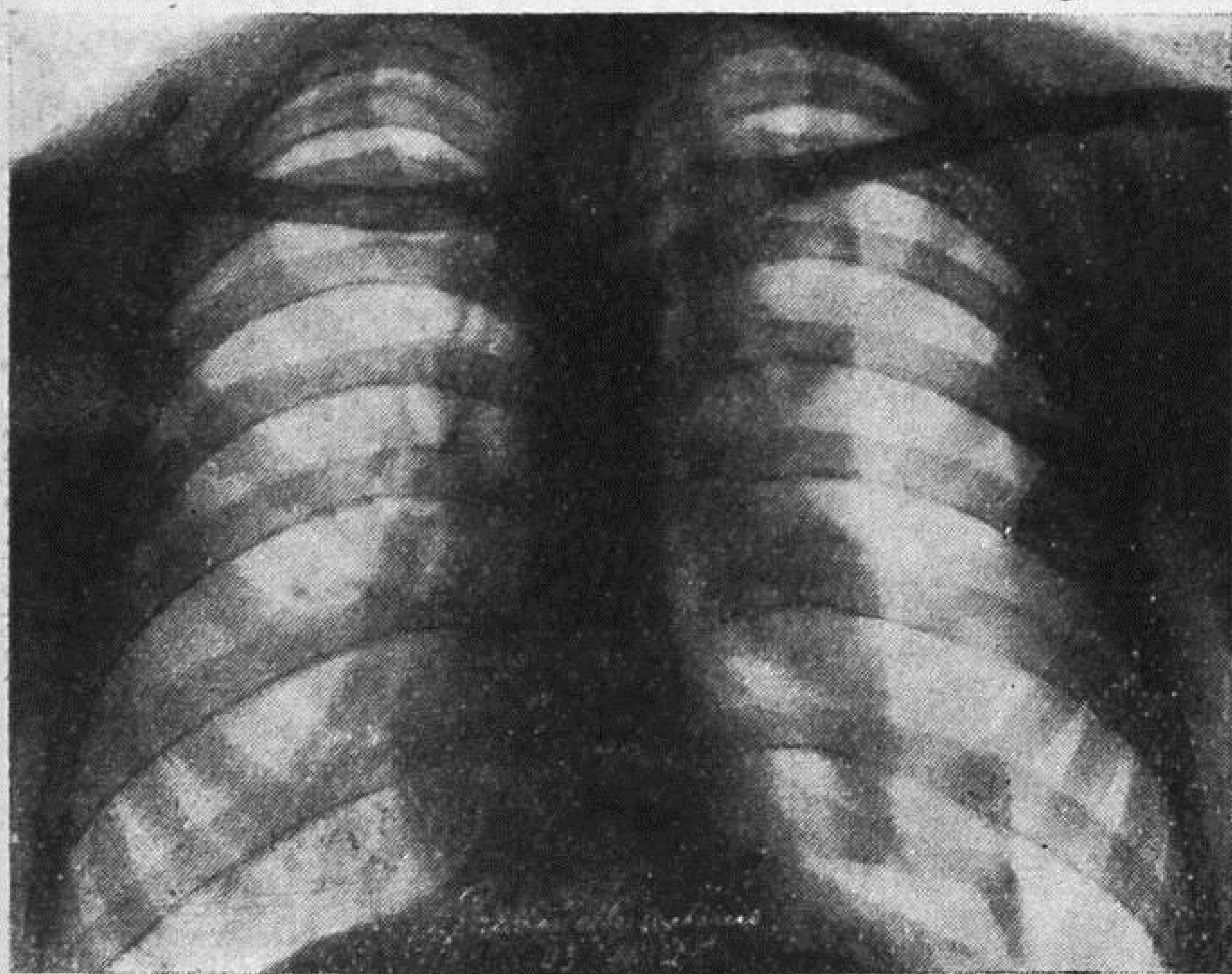


Fig. 4.

reespansione polmonare con tendenza a diminuzione del liquido. Con ciò l'ernia del mediastino scompare quasi completamente, e la pressione intrapleurica media è di — 6 circa. L'ammalato può ora essere sottoposto a solo scarse introduzioni di azoto per mantenere circa a quei valori la pressione, la quale permette una modica detensione del polmone, sufficente a conservare un miglioramento della malattia.

La patogenesi dell'ernia nel caso ora esposto è in un primo tempo chiaramente spiegata con la sola particolare lassità dei tessuti del mediastino; i quali hanno ceduto quando ancora la pressione media pneumotoracica non arrivava al valore di ∓ 0, senza che alcun altro fattore contribuisse apparentemente ad aumentare la cedibilità congenita dei tessuti stessi. Ma resta da fare una facile considerazione, derivante dal comportamento dell'ernia in un secondo tempo: abbiamo detto come questa sia aumentata di dimensioni quando si rese palese la presenza di un processo pleuritico, e ciò malgrado un maggiore valore negativo della pressione intrapleurica. Questo dimostra come la pleurite in atto porti ad una maggiore cedibilità della sierosa, e possa quindi essere considerata quale fattore per lo meno adiuvante nella patogenesi dell'ernia mediastinica, anche quando l'essudato che essa produce non è tale da provocare con la sua presenza aumento della pressione intrapleurica.

BIBLIOGRAFIA.

BALDONI. *Doppia ernia mediastinica in corso di pneumotorace artificiale.* La Radiologia Medica, 1924, n. 10.

BRAUER und SGENGLER. *Mediastinale Hernie.* Beitrage zur Klinik der Tuberkulose, Bd XIX, 1911.

CANTIERI. *L'ernia del mediastino in corso di pneumotorace artificiale.* Il Morgagni, 1925, n. 34.

CIVIDALI. *Le ernie mediastiniche nel pneumotorace artificiale.* Tubercolosi, 1924, n. 5.

DUMAREST et MURARD. *La pratique du pneumothorax thérapeutique.* Masson, 1923.

DUMAREST et BRETTE. *La hernie du Médiastin au cours du pneumothorax thérapeutique.* Revue de la Tuberculose, 1924, n. 3.

FORLANINI. *La condotta della cura pneumotoracica nella tisi polmonare.* La Gazzetta Medica Italiana, 1913, n. 50.

MURALT. *Der kunstliche Pneumothorax.* Springer, Berlino, 1922.

NITSCH. *Die schwachen Stellen des Mediastinum.* Beitrage zur Klinik der Tuberkulose, Bd. XVIII, H. 1.

SAYAGO. *Accidentes y complicasiones del pneumotorax artificial.* Revista de la Universidad National de Cordoba, 1922.

SELLA. *Intorno ad un caso di pneumotorace artificiale con ernia mediastinica.* Il Morgagni, 1924, n. 42.

STIVELMANN e ROSEMBLATT. *Protusion of artificial pneumotorax into the opposite untreated side.* The Journ. of the Americ. Med. Assoc., maggio 1919.

OSP. DI S. MARIA BIANCA DELLA MIRANDOLA (Modena)
SEZIONE MEDICA diretta dal dott. MARIO MERIGHI.

Intorno a un caso di ascesso del polmone guarito con il pneumotorace terapeutico

per il dott. ENRICO BATTONI, aiuto.

Riferisco brevemente la storia clinica del caso osservato:

Anamnesi: G. Manfredo, a. 54, bracciante, celibe, dalla Mirandola.

Gentilizio negativo. Nell'anamnesi remota: reumatismo articolare nel 1915. Il p. afferma che la forma morbosa è iniziata improvvisamente una quindicina di giorni prima del suo ingresso. L'inizio fu caratterizzato da brividi frequenti, febbre alta a tipo intermittente, tosse da prima secca e stizzosa, poi, dopo pochi giorni, accompagnata da espettorato abbondante, purulento ed emesso per vomica.

Stato presente: Aspetto sofferente; soggetto magro e denutrito; cute e mucose pallide. T. 39°.

Apparato respiratorio: forma del torace normale, ma fosse sopra- e sottoclavicolari assai pronunciate e spazi intercostali ampi; espansibilità normale; R. 24. Alla percussione si ha suono normale in tutto l'ambito polmonare S.; a D. invece si ha lieve ipofonesi alla regione sopraspinosa e suono subtimpanico in corrispondenza della punta della scapola e per un'area di forma rotonda con un diametro di una diecina di cm. All'ascoltazione si nota discreta diminuzione di R. e aumento del F.V.T. nella regione sopraspinosa D.; presso la punta della scapola D. netto soffio anforico e rantoli incostanti a piccole e medie bolle. Nulla di particolare rilievo nel restante ambito polmonare. Tosse frequente; espettorato purulento.

Apparecchio circolatorio: cuore nei limiti normali; toni un po' oscuri. P. 90.

Altri sistemi e organi: nulla degno di nota.

Esame radioscopico: Ombra in tutto il lobo superiore D.; presso la punta della scapola D. un po' medialmente area (mela) chiara.

Esami complementari: Espettorato: non b. Koch, piogeni in abbondanza, corpuscoli di pus, fibre elastiche con disposizione alveolare.

Cutireazione umana e bovina negative.

Reazione di Wassermann sul sangue negativa.

Esame delle orine: assenza di albumina e di altri elementi patologici.

Diagnosi: L'interrogatorio dell'ammalato e la anamnesi; la evoluzione della forma morbosa; gli esami clinici, radioscopici, microscopici e batteriologici dell'espettorato, hanno reso bene ammissibile la diagnosi di « Ascesso del polmone ».

La diagnosi differenziale è stata precipuamente volta sulla distinzione dell'ascesso polmonare da:

a) empiema rotto nei polmoni;
b) caverna tubercolare;
c) caverna bronchiectasica;
d) gangrena polmonare.

L'anamnesi del p., l'evoluzione della forma morbosa e l'esame clinico hanno escluso facilmente l'empiema rotto nei polmoni, per l'assenza dei sintomi relativi alla provenienza del pus.

Così gli stessi elementi diagnostici e l'esame batteriologico dell'espettorato hanno assai facilmente potuto rigettare l'idea di caverna tubercolare.

Anche non difficile è riuscita la distinzione con la caverna bronchiectasica, e perchè questa affezione ha sempre lunga durata in soggetti per lo più di florido aspetto; e per il fatto della particolare evoluzione della bronchiectasia, che giunge allo stato cavitario senza determinare nel p. accessi febbrili; e per il carattere dell'espettorato, il quale per lo più non contiene fibre elastiche, che in ogni caso non presentano mai la caratteristica disposizione alveolare.

Più difficile è invece riuscita la distinzione con la gangrena polmonare, almeno su la base dei dati clinici e radiologici. Ma, là dove nè gli elementi clinici e radiologici nè il decorso dell'affezione hanno consentito una distinzione sicura tra le due forme morbose; i ripetuti esami microscopici e batteriologici dell'espettorato invece hanno permesso di addivenire ad un concetto più esatto e concreto, poichè non solo si è riscontrato nell'espettorato, espettorato costituito da « pura marcia » e non di colorito grigio nerastro, la presenza di fibre elastiche — che raramente si osservano nell'espettorato della gangrena polmonare, ma che tuttavia possono aversi, specie nelle forme di gangrena a rapido decorso — ma si è notato altresì l'assenza di emazie, dei caratteristici tamponi di Dittrich e di brandelli di tessuto polmonare, elementi propri della gangrena polmonare.

Decorso e trattamento: Inizialmente e per una ventina di giorni la cura fu rappresentata da inalazioni di trementina, ma senza che si ottenesse il minimo miglioramento.

Il pneumotorace terapeutico fu eseguito per la prima volta dopo una ventina di giorni dall'ingresso del p. e le introduzioni furono continuate per dieci mesi. Da prima i rifornimenti vennero eseguiti ogni cinque giorni (quattro rifornimenti), poscia ogni dieci (cinque rif.), dopo di che il soggetto fu dimesso in buone condizioni locali e ottime generali. La cura tuttavia fu continuata ambulatoriamente e per i primi tempi le introduzioni furono eseguite ancora ogni dieci giorni (quattro rif.), poi ogni venti (sei rif.), infine una volta al mese (tre rif.). Furono pertanto eseguiti n. 22 rifornimenti e complessivamente furono introdotti litri 7,765 di gas, dei quali 4,060 entrati spontaneamente. Durante la cura e come conseguenza immediata o tardiva di essa non si è verificato mai nessun accidente.

Già dopo la prima introduzione l'espettorato diminuì di quantità nelle 24 h. e dopo tre rifornimenti migliorarono anche i caratteri di esso: scarsissima quantità di pus, diminuiti notevolmente i piogeni.

Dopo l'8° rifornimento (60 giorni dopo l'inizio della cura) si ebbero a rilevare i seguenti caratteri generali e locali:

1) Non più febbre; aumento considerevole del peso del soggetto (quasi 10 kgr.); adipe abbondante; cute e mucose rosee; 2) Esame obbiettivo dell'apparato respiratorio: fosse sopra- e sottoclavicolari e spazi intercostali non depressi; espansibilità normale; R. 20. Alla percussione dell'emitorace D. si rileva conservato il suono subtimpanico in corrispondenza della punta della scapola e all'ascoltazione si percepisce, nella

zona medesima, lieve soffio bronchiale e assenza di rantoli, che si rilevano solo e in modo incostante sotto i colpi di tosse; 3) All'esame radioscopico si notano: il lobo polmonare superiore D. un po' velato; anche l'area inizialmente molto chiara si presenta piuttosto velata; 4) Scarsissima tosse e minima quantità di espettorato nelle 24 h., espettorato non purulento, ma mucoso. L'esame microscopico rileva assenza di b. Koch, di corpuscoli di pus e di fibre elastiche; scarsissimi i piogeni.

In queste condizioni il p. fu dimesso dall'Ospedale, mentre furono continuati, come si è detto, saltuariamente i rifornimenti di gas. A domicilio il soggetto (bracciante) riprese le sue occupazioni normali, mantenendosi sempre nelle più perfette condizioni di salute.

Alla fine della cura si erano ottenuti i seguenti *Risultati*: L'esame obbiettivo dà reperto normale ai dati della palpazione e percussione; all'ascoltazione si rileva lieve diminuzione di R. presso la punta della scapola D.

L'esame radioscopico mostra: lobo polmonare superiore D. normale; ombra (piccola mela) presso la punta della scapola D.

All'esame microscopico dell'escreato non si rileva nulla degno di nota.

CONSIDERAZIONI.

La suppurazione del polmone può essere conseguenza di altre malattie di questo organo (polmonite, broncopolmonite, pneumoconiosi) ed è dovuta o ad infezioni sopraggiunte per opera di stafilococchi e streptococchi, ovvero a speciale virulenza acquistata dal germe produttore della malattia primitiva; oppure può sorgere nel polmone senza precedenza di altra malattia di questo, per penetrazione di piogeni nel polmone attraverso una ferita aperta, o per loro trasporto da focolai di suppurazione vicini o lontani (via sanguigna, via linfatica).

Non esistono ascessi veramente primitivi del polmone, nonostante la presenza continua di germi piogeni nelle prime vie aeree e malgrado che essi vi siano portati incessantemente con l'aria inspirata, chè il polmone sfugge ai loro attacchi per i suoi mezzi di protezione d'ordine fisico, chimico e biologico.

Il processo suppurativo può svolgersi in modo diffuso, ma più spesso assume i caratteri propri dell'ascesso con formazione di cavità.

Formatasi la raccolta purulenta, questa può incistarsi e guarire per calcificazione; oppure, ed è quanto avviene generalmente, si svuota, vuoi nella cavità pleurica, vuoi all'esterno (per via bronchiale [vomica], per fistola toracica).

*
* *

Il nostro caso, si presta opportunamente ad alcune brevi considerazioni d'ordine eziologico, clinico e terapeutico.

Innanzi tutto, pur non avendo dato alcun valore alle affermazioni categoriche del p. che ha ammesso l'inizio della forma, tumultuoso ed improvviso, è ben certo tuttavia che nè la storia degli antecedenti del p., nè gli esami clinici attenti e ripetuti di esso, hanno consentito di rivelare, almeno in modo scrupolosamente esatto, la causa prima dell'ascesso polmonare.

Il soggetto è un bracciante, è sempre stato un bracciante, ma non ha mai fatto lunghi strapazzi; non è alcoolista; non diabetico; non ha subìto ferite mai. D'altra parte nulla fa pensare che possa essere affetto da una qualsiasi forma di pneumoconiosi, particolarmente antracosi, siderosi, calicosi.

Ma là dove i dati anamnestici e clinici sono pressochè negativi in guisa da lasciare assai dubbiosi su l'origine e su la via seguita dai germi per provocare la formazione dell'ascesso; l'osservazione radioscopica dei polmoni invece rileva dei fatti che possono essere interpretati in senso più favorevole.

L'esame radioscopico dei polmoni, mostra ombreggiato tutto il lobo sup. D. Il fatto può essere oggetto di una doppia interpretazione: o l'ombra è l'espressione della manifestazione primaria dell'affezione (pneumonite larvata), oppure costituisce la reazione parziale del parenchima polmonare all'affezione medesima (infiltrazione e edema). La prima ipotesi è forse la più probabile e per la ragione che la formazione dell'ascesso sarebbe così opportunamente spiegata e per la ragione che l'ascesso stesso, escludendo a priori la formazione primitiva inamissibile di esso, non saprebbe altrimenti ritrovare la sua origine, e per la ragione infine che l'ombra è completamente scomparsa in seguito e in un tempo relativamente breve (circa due mesi). D'altra parte, sarebbe molto strana una reazione del parenchima, secondaria all'ascesso, limitata soltanto al lobo sup. e non manifesta al lobo inf., sede dell'affezione.

Se da un lato gli scarsi elementi clinici e, meglio, i dati radiologici, ci consentono l'interpretazione della probabile origine dell'ascesso; dall'altro ci aiutano ancora a spiegare l'andamento clinico della particolare forma morbosa.

Andamento clinico speciale, poichè, mentre nel più dei casi di ascesso del polmone, avvenuta la vomica, si osserva nel p. un sollievo immediato (i disturbi funzionali ed i fenomeni generali si attenuano e talora scompaiono, i segni fisici si modificano; nella regione del torace corrispondente all'ascesso, l'esame stetoscopico permette di rilevare soltanto dei sintomi cavitari); nel no-

stro caso invece, avvenuta la vomica, non si è osservato nessun miglioramento sì nei disturbi funzionali come nei fenomeni generali.

L'ombra del lobo sup. D. (radioscopia); la lieve ipofonesi, la discreta diminuzione di R. e l'aumento del F.V.T. rilevati nella regione sopraspinosa D. — fenomeni completamente assenti dopo circa 2 mesi dall'inizio della cura —; e la febbre alta, per quanto a tipo intermittente, potrebbero far pensare alla persistenza del processo pneumonico, che sarebbe esistito quindi in forma larvata in prima allora quando ha dato origine al l'ascesso, in forma più chiaramente manifesta col suo corteggio abituale di sintomi funzionali e generali in secondo tempo allor quando è avvenuto lo svuotamento per via bronchihale dell'ascesso medesimo, in forma prolungata sempre e a carattere forse migrante.

Il mancato miglioramento, se pur lieve, dei fenomeni morbosi sì generali che locali, che avrebbe dovuto manifestarsi spontaneamente allorquando avvenne lo svuotamento del''ascesso; il mantenimento esattamente invariato delle condizioni medesime, nonostante il tempestivo e intenso trattamento medico della manifestazione (trementina), hanno consigliato e indicato il pnx terapeutico.

Benchè la guarigione della lesione avesse potuto avverarsi, in un tempo più o meno lontano, anche spontaneamente, è ben certo tuttavia che sarebbe stato, più che imprudente, illogico, lasciare la forma abbandonata al proprio destino.

La guarigione clinica e probabilmente anatomica della particolare lesione, ottenuta in modo completo in un tempo relativamente breve, ci ha dato ragione dell'opportunità del nostro intervento.

Nella letteratura medica esistono bensì numerosi casi di guarigione dell'ascesso polmonare mediante l'applicazione del pnx terapeutico; il nostro caso non serve che ad avvalorare ancor più il metodo, che risponde assai opportunamente allo scopo e che consente di evitare, nel più dei casi, il trattamento chirurgico cruento, causa non infrequente di complicanze e di esiti spiacevoli.

L'ultimo esame radioscopico eseguito nel p. ha permesso inoltre di osservare in vita e in modo luminosamente semplice, quanto non sempre è concesso di rilevare: un'ombra assai manifesta e del tutto analoga alla zona inizialmente chiara, sede dell'ascesso.

Questa conferma radiologica dell'avvenuta cicatrizzazione e calcificazione della cavità ascessuale, è oltremodo interessante.

CONCLUSIONI.

1) L'ascesso del polmone — sempre secondario — spesso ad evoluzione torbida, ad andamento generalmente cronico, e ad esito non di rado letale, è suscettibile di guarigione clinica e anatomica con il trattamento del pnx terapeutico.

2) In un nostro caso di ascesso del polmone, ad eziologia piuttosto incerta, per quanto assai probabile l'origine da un processo pneumonico, e ad andamento clinico particolare, per effetto della persistenza di fenomeni generali piuttosto gravi anche a svuotamento avvenuto della raccolta purulenta; si è ottenuta la guarigione completa della forma morbosa con il pnx terapeutico

---

OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I - ROMA.
VII PADIGLIONE DI MEDICINA.
Primario: Prof. U. ARCANGELI.

Difficoltà della diagnosi etiologica del pneumotorace spontaneo

per il dott. ENRICO GARRONE, assistente.

Si è d'accordo nel porre fra le cause più frequenti di pneumotorace spontaneo la tubercolosi del polmone. Molti autori fanno risalire al 90 % il numero dei pneumotoraci spontanei cagionati dalla tubercolosi, altri (Biach) si accontentano di parlare del 77 %. Questa cifra rimane però sempre alta.

D'altra parte Eichhorst fa ascendere al 6 % i malati di tubercolosi polmonare nei quali si verifica il pneumotorace spontaneo (uomini in maggior numero).

Le altre cause di pneumotorace spontaneo entrano in giuoco infinitamente più di rado; sempre consultando la statistica di Biach, abbiamo che la gangrena del polmone vi figura nel 7 % dei casi, l'empiema perforato all'esterno nel 5 %, le ferite toraciche nel 3 %, le bronchiettasie e gli ascessi del polmone nell'1 %, l'enfisema polmonare nel 0.7 %. Vi sono poi 2 % di casi nei quali la causa è indeterminata, e seguono, con frequenza anche minore, gli infarti, le cisti di echinococco del polmone, le malattie degli organi vicini (cancro dell'esofago, diverticoli esofagei, lesioni esofagee in occasione di sondaggi, ghiandole linfatiche bronchiali suppurate, malattie degli organi addominali, tra le quali specialmente i cancri dello stomaco e dell'intestino con perforazione).

Anche l'evacuazione di essudati pleurici può provocare, seppure eccezionalmente, un pneumo-

torace spontaneo e Fränkel narra di averne provocato uno nell'eseguire una puntura esplorativa della cavità pleurica.

I pochi casi in cui la causa non è risultata chiara sono stati classificati tra gli *idiopatici*, ma si ha ben ragione di credere che in questi fosse in giuoco quasi sempre una lesione tubercolare del polmone non riconosciuta.

Vi sono però veramente dei casi nei quali la diagnosi di causa si presenta di una difficoltà estrema e, talora non viene fatta, talora non vi si perviene che dopo molte ricerche e discussioni.

Sono capitati alla mia osservazione due casi appunto di questo genere, e mi pare che non sia inutile illustrarli brevemente.

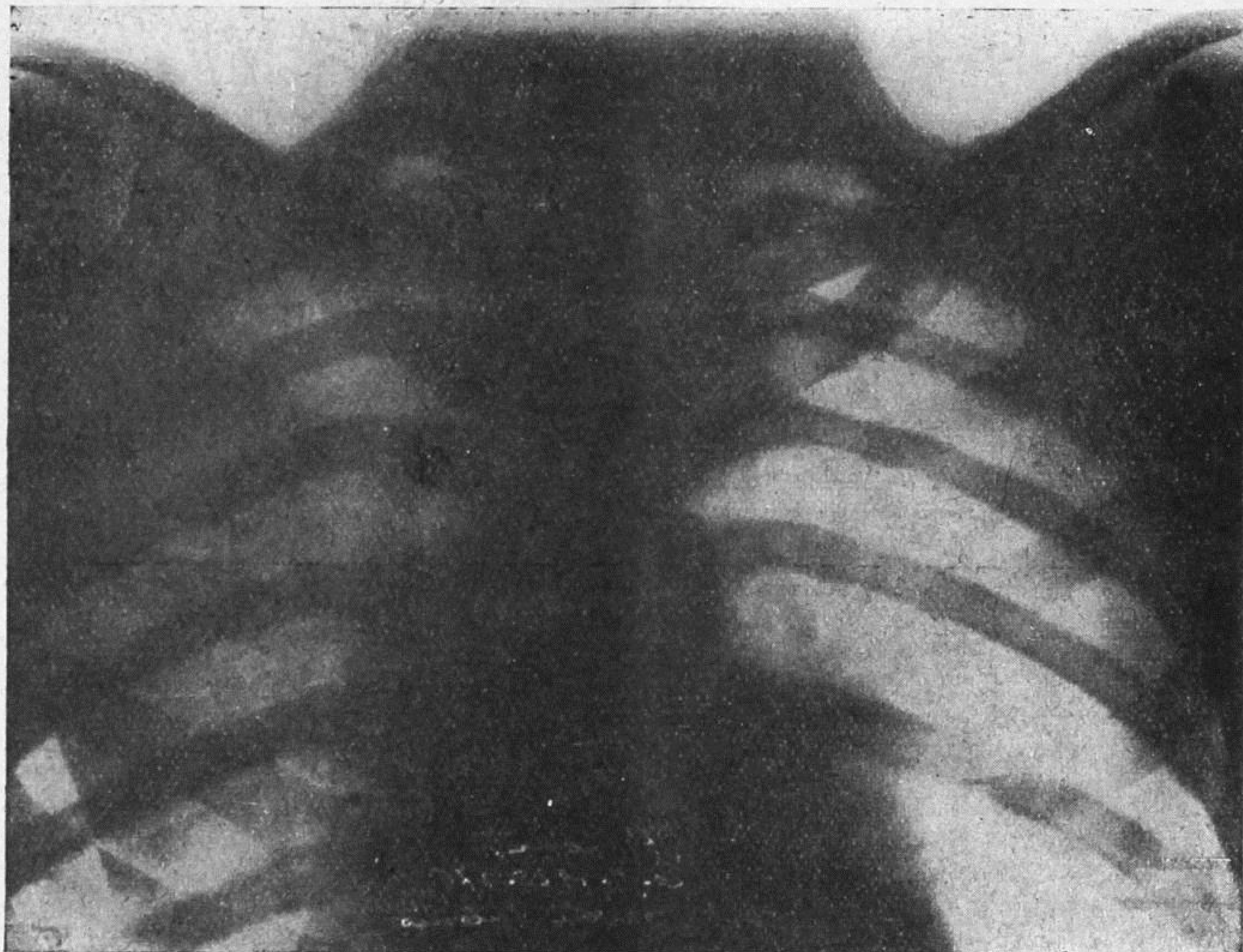


Fig. 1.

CASO I. — C. A., di anni 46. Impiegato privato. Celibe.

Gentilizio indenne. Strenuo fumatore sino al l'aprile 1925, da tale epoca non ha più fumato affatto. Modico bevitore.

Venti anni or sono contrasse sifilide ed ebbe di questa malattia manifestazioni varie (lesioni a carico del frontale e del setto nasale, emiparesi del facciale di destra) che lo indussero a curarsi energicamente. Egli ha sempre continuato a curarsi e da molti anni non ha più avute manifestazioni di natura luetica. Dichiara di soffrire di catarro bronchiale e di affanno: un sanitario da lui interpellato lo riscontrò affetto da enfisema polmonare.

Il 31 maggio 1925 improvvisamente viene colpito da dolore atroce all'emitorace sinistro, affanno insostenibile, tosse con espettorato abbondante e schiumoso, non ematico.

Il giorno seguente entra in Ospedale.

E. o. 1° giugno 1925.

Condizioni generali discrete. *Colorito* roseo della cute e mucose visibili.

Lingua fortemente patinosa, umida.

Polso piuttosto frequente, ritmico, di pressione media.

Collo. Piuttosto corto, scarno. Evidentissimi i grossi vasi venosi.

Torace - Ispezione. Scarno. Tendente alla forma cilindrica. Spazi intercostali ampi. Scarsa motilità nelle escursioni respiratorie.

Palpazione. Il fremito vocale tattile è diminuito d'ambo i lati, maggiormente a sinistra.

Percussione. Suono alto timpanico in tutto l'ambito sinistro posteriormente. Suono metallico su tutto l'ambito posteriore destro. I dati plessici non variano coi movimenti respiratori. Anteriormente suono timpanico nella fossa sottoclavicolare sinistra.

Ascoltazione. Murmure affievolito ovunque, quasi assente alla base di destra. Respiro soffiante, più accentuato alle basi. Verso le regioni superiori di ambedue i polmoni, si odono rumori secchi e sibili diffusi.

Cuore. Nei limiti. Toni oscuri e lontani.

Addome. Trattabile, indolente; la *milza* non si palpa, il *fegato* deborda circa un dito dai limiti normali.

Sunto del diario. Esame delle urine: negativo per prodotti patologici.

R. W. il 2 giugno: negativa.

R. W. il 17 giugno dopo riattivazione biologica: negativa.

Bacilli di Koch nell'espettorato: assenti (esame ripetuto il 1°, il 4, il 9, il 20 giugno.

Cutireazione alla tubercolina il 10 giugno: negativa.

Ricerca delle fibre elastiche nell'espettorato il 6 luglio: negativa.

Esame del fondo dell'occhio il 18 giugno: negativo per alterazioni patologiche.

L'8 giugno, a causa della dispnea del p., si estraggono col Forlanini cmc. 300 di aria dal cavo pleurico sinistro.

Press. iniz. + 20 + 3.

Press. ter. + 5 — 5.

Tale operazione si compie a destra il 19 giugno, con risultati simili.

Radiografia del torace 20 giugno (v. fig. 1).

A carico dei due emitoraci una zona a semiluna basale iperilluminata, con limite superiore netto, ascendente verso l'ascella, al di sopra del quale l'emitorace presenta una intensità di ombra polmonare uniforme, con trama normale, ben visibile.

iperilluminate sono molto più ristrette. Persiste la mancanza di segni di versamento liquido.

Durante tutto il tempo di permanenza in corsia (1 giugno-9 luglio) il p. non ha mai avuto elevazioni termiche febbrili. Si dimette guarito.

CASO II. — D. A. B., di anni 27, tramviere.

Nulla nel gentilizio. Negativa per malattie l'anamnesi remota, tranne qualche leggera indisposizione.

Il 1° giugno 1925 verso sera improvvisamente, ritornando dal lavoro, avvertì un fortissimo dolore a tutto l'emitorace destro, accompagnato da un certo senso di improvvisa dilatazione dallo stesso lato, accentuantesi ai colpi di tosse e ai movimenti respiratori. Eccetto la tosse, che peraltro in misura lieve egli aveva già da 4-5 giorni, il p. assicura di non avere avvertito alcun altro

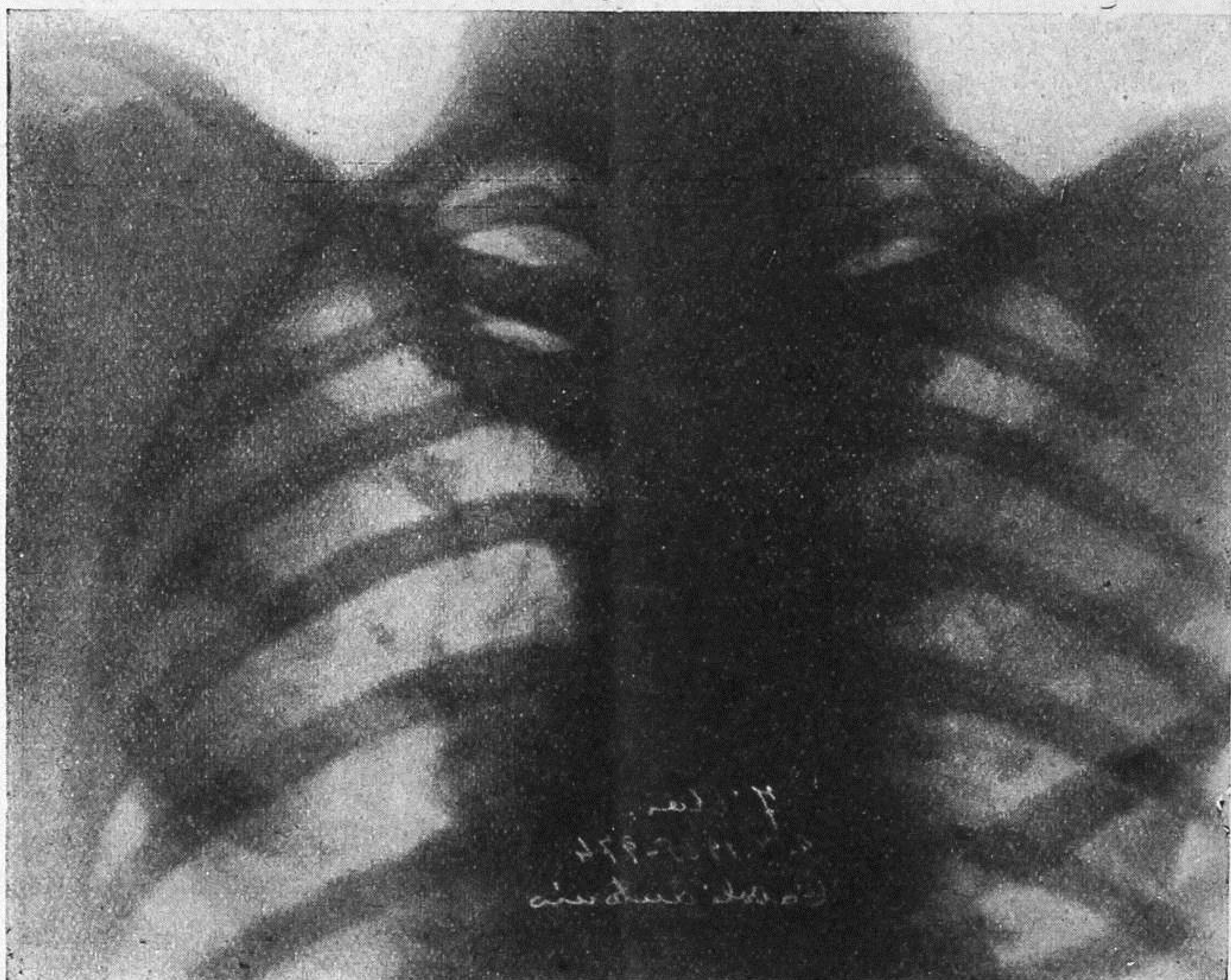


Fig. 2.

La zona iperilluminata è più estesa a destra (dove giunge col suo apice alla 4ª costola sull'ascellare media) che a sinistra (dove di poco supera la 5ª).

Questi due spazi si possono considerare come cavità aereate situate nel cavo pleurico, che hanno completamente scollato il lobo inferiore del polmone.

Nella zona dell'ilo si ha infiltrazione bilaterale a carattere prevalentemente ghiandolare, non molto marcata, a contorni grossolani; non sono evidenti calcificazioni. Dagli ili si partono verso il basso e verso l'alto, specie a destra, numerose travate pure molto grossolane. La trama polmonare ne viene accentuata, specie alle basi, dove il polmone è più compresso.

Ambedue gli apici sono chiari. Non esistono segni di versamento liquido.

Radiografia del torace 9 luglio (v. fig. 2).

Gli stessi fatti che nella precedente. Le zone

disturbo. La tosse si accompagna ad espettorazione schiumosa.

E. o. 2 giugno 1925.

Condizioni generali discrete. *Decubito* obbligato l'ortopnoico. *Arti* non edematosi. *Pannicolo adiposo* scarso. *Polso* normale per ritmo e frequenza. *Respiro* accelerato, superficiale. *Capo.* Nulla di patologico. *Pupille* reagenti.

Cuore nei limiti. Punta al V spazio. Toni netti.

Apparato scheletrico normale.

Apparato linfatico. Si palpano alcune ghiandole isolate spostabili non indurite nelle regioni sottomascellari.

Apparato digerente. Lingua umida, patinosa. Addome trattabile, indolente. Visceri ipocondriaci nei limiti.

Apparato respiratorio. L'emitorace destro è espanso, gli spazi intercostali sono colmi. Fremito vocale tattile abolito a destra. Alla percussione, dal basso sino alla 2ª vertebra dorsale suono timpanico, di scatola. Margine polmonare

inferiore abbassato di due dita rispetto al sinistro, fisso nei movimenti respiratori. *Ascoltazione.* Silenzio respiratorio su tutto l'emitorace destro; nelle porzioni superiori soffio bronchiale dolce, lontano. Anteriormente, suono timpanico dalla 1ª all'8ª costola.

Sunto del diario. La *puntura esplorativa* eseguita in corrispondenza della ascellare posteriore all'altezza dell'8° spazio intercostale dà esito a gas che esce sotto modica pressione e che si lascia in parte defluire.

Salasso di 300 cmc. di sangue. Il p. si sente più sollevato, la dispnea è diminuita.

bolla d'aria nello spazio complementare anteriore. Polmoni radioscopicamente sani.

La *radiografia* dell'emitorace destro rivela un pneumotorace completo, e parenchima polmonare sano, specie nella regione apicale (v. fig. 3).

Vi è una somiglianza apparentemente assai spiccata tra questi due casi;; ma, mentre vedremo che nel primo di essi il ragionamento, basato sui dati obbiettivi raccolti, ci conduce ad una diagnosi etiologica di certezza, del secondo non potremo dire altrettanto.

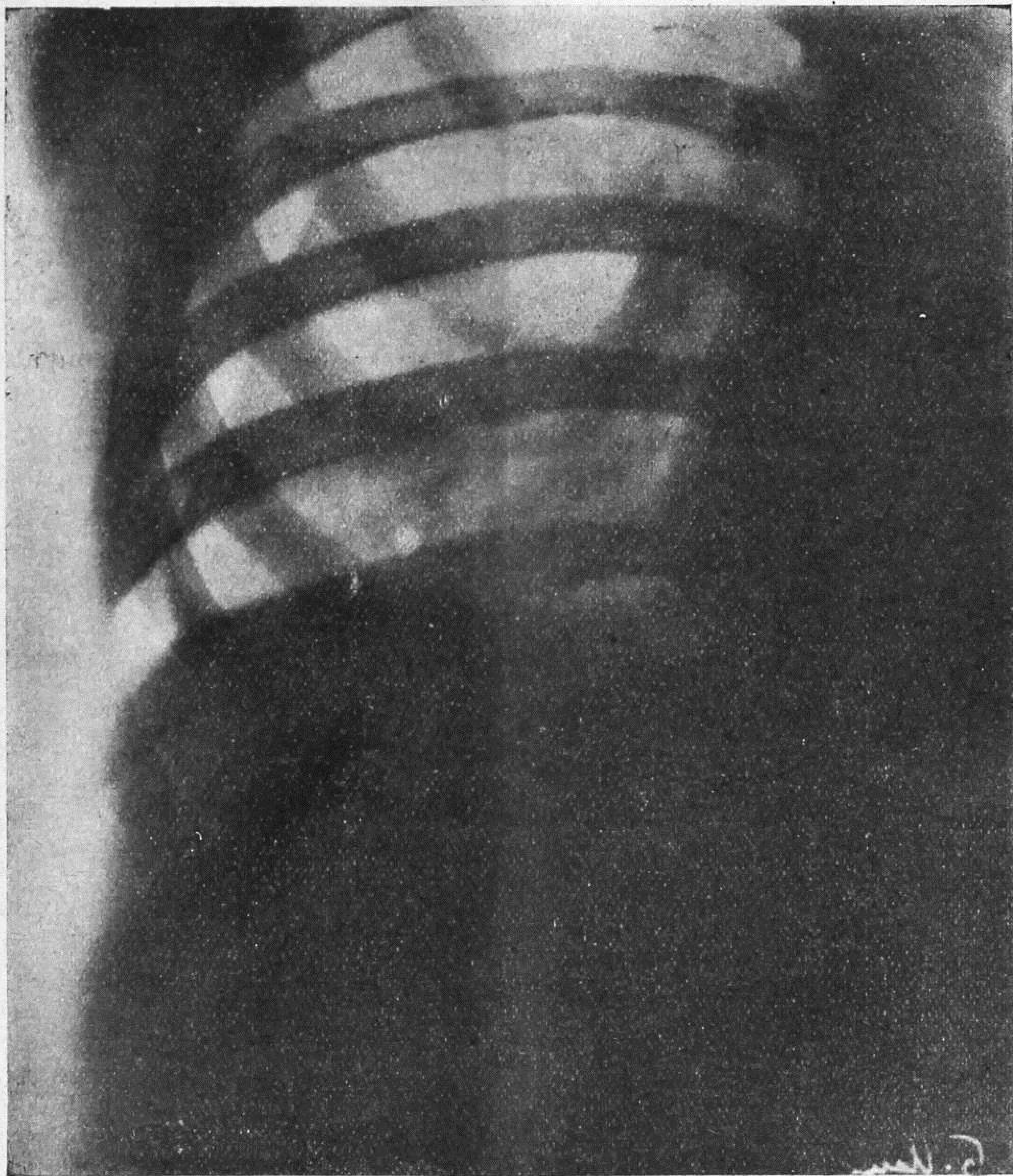


Fig. 3.

Esame delle urine. Nulla di patologico.

Esame dell'espettorato per il bacillo di Koch. Negativo ripetutamente.

R. W. negativa.

Il p. ha avuto durante la sua permanenza in corsia lievi inalzamenti irregolari di temperatura il primo, secondo e terzo giorno, poi si è mantenuto apiretico. Si dimette guarito.

Esame radioscopico del torace il 4 giugno: pneumotorace a destra con movimenti a bascula del diaframma.

Esame radioscopico il 17 giugno. Il pneumotorace è scomparso quasi completamente. Si nota diminuzione di mobilità del diaframma ed una

Nel primo caso siamo di fronte a un rarissimo pneumotorace spontaneo bilaterale con un esito ancor più raro: la guarigione. Difficilmente un malato così colpito non risente del colpo sino a soccombere; la ragione di questa guarigione sta, secondo noi, nel fatto che il pneumo non è completo, forse per antiche aderenze o, più probabile, per scarsa tendenza al collasso di due polmoni che, come ci dice la storia del p., *sono enfisematosi*: infatti il p. ha sempre sofferto di bronchite cronica e un medico che lo ha visitato ha emesso la diagnosi di enfisema.

In un caso simile di Massini e Schönberg, citato da Staehelin, si ebbe l'obitus in ottava giornata. L'autopsia dimostrò la perforazione in ambedue i polmoni, nei quali non vi erano altre alterazioni che le note di un enfisema. È quindi possibile che l'enfisema polmonare determini un pneumo spontaneo, per rottura di un alveolo iperdisteso e fortemente assottigliato. Le statistiche a questo riguardo recano cifre assai esigue, come vedemmo.

Possiamo qui noi con una certa sicurezza ascrivere a questa causa l'avvenuto pneumo?

Rispondiamo affermativamente, ed ecco argomenti di qualche valore in suffragio di questa nostra osservazione:

1) la storia del malato, come già dicemmo, che parla per un enfisema polmonare da bronchite cronica, tanto più che il p. era strenuo fumatore;

2) la età del soggetto;

3) l'avere egli subita una infezione luetica: sappiamo quanta importanza debbasi dare a questo fattore nella genesi delle bronchiti croniche e dell'enfisema consecutivo;

4) la bilateralità delle lesioni e la loro contemporaneità, elementi che presuppongono una malattia di ambedue i polmoni;

5) l'esame clinico del p. (forma del torace, ronchi e sibili all'ascoltazione) e la radiografia (tralci grossolani verso le basi);

6) infine, ed ha il suo peso, il criterio di *esclusione*: quali sono infatti le altre cause che in questo caso avrebbero potuto determinare un pneumo bilaterale, parziale, a carico essenzialmente delle regioni inferiori del cavo pleurico? Una sola regge ad una prima rapida rassegna e si imporrebbe, anche per la sua enorme frequenza nel determinismo del pneumo spontaneo: la tubercolosi del polmone.

Ma noi abbiamo dati numerosi e preziosi per escluderla e li enumeriamo:

a) il soggetto ha indenne il gentilizio e non ha mai avuto disturbi che potessero far pensare alla lesione specifica, argomento che ha valore scarso, ma che non è per questo da trascurarsi;

b) il pneumo si è mantenuto tale e non si è trasformato in sero o piopneumotorace nemmeno nella ulteriore degenza del paziente; è raro che ciò non avvenga, se non subito, almeno in seguito, nel pneumo tubercolare;

c) il pneumo era essenzialmente basale: è facile quindi che le perforazioni fossero situate presso la base del polmone; difficilmente le lesioni tubercolari hanno questa sede;

d) mai una elevazione termica, quale sarebbe da aspettarsi in una lesione tubercolare a tendenza ulcerativa, ha turbato la continua apiressia del malato;

e) l'ascoltazione non ha rivelato fatti umidi agli apici, là dove la mancanza del collasso del polmone e di uno strato d'aria nella cavità pleurica poteva farli apprezzare, come ha fatto apprezzare i rumori bronchitici esistenti;

f) ripetuta negatività della ricerca del bacillo di Koch;

g) negatività della cutireazione alla tubercolina; questo è uno dei pochi casi nei quali sia veramente utile la cutireazione: i casi cioè nei quali essa riesce negativa;

h) assenza di fibre elastiche nell'espettorato indice di una distruzione del parenchima;

i) esame radiografico: ambedue gli apici erano chiari, come si può constatare dalle due radiografie eseguite in epoche differenti.

Ci sembra quindi di aver dati sufficienti per far risalire la causa di questo pneumotorace spontaneo bilaterale a un enfisema polmonare con bronchite cronica.

Non sapremmo invece con altrettanta sicurezza negare l'origine tubercolare del secondo pneumotorace spontaneo; qui infatti si ebbe tosse alcuni giorni prima del fatto; si tratta di individuo giovane, nel quale l'assenza stessa di altre cause può far pensare alla più comune di esse; si ebbe febbre per alcuni giorni dopo il prodursi del pneumo; il pneumo fu completo e più esteso; è bensì vero che ogni dato clinico e ogni ricerca furono negativi per la tubercolosi e tali da non far cadere nemmeno il sospetto su una lesione tubercolare. E allora? Pur senza negare che vi siano lesioni tubercolari così minime da sfuggire alle più minuziose indagini eppure tali da produrre un pneumotorace spontaneo, noi saremo costretti ad ascrivere quest'ultimo nella categoria di quelli *idiopatici*, servendoci ancora una volta di questa comoda parola per nascondere la nostra ignoranza, o, per meglio dire, per confortare la nostra impotenza a risolvere molti dei problemi che ci si presentano quotidianamente.

BIBLIOGRAFIA.

BARD. Semaine Médicale, 16 ottobre 1901.
BIACH. Wiener med. Woch., 1880, S. 6.
EICHHORST. Spezielle Pathol. und Ther., 6 Aufl., Bd. 1, 1904.
FRAENKEL. Spez. Path. u. Ther. d. Lungerkr., 1904. Urban u. Schwarzemberg, Berlin-Wien, S. 233.
KRAUS-BRUGSCH. Spez. Path. u. Ther. inn. Krankh., III Band, Urban u. Schwarzemberg, Berlin-Wien.
ORTH. *Vers. d. Ges. der Charité Aerzte*, 1904, X, Citzung, 8 dicembre 1904.
SIMHUBER. Das Lungenemphysem, S. 121.
STAEHELIN. In MOHR e STAEHELIN. *Medicina interna*, vol. 2°, p. 1ª, pag. 800 e segg. Soc. ed. libr., Milano 1915.
WEIL. Deutsches Arch. f. klin. Med., Bd. 25, 29, 40.

OSPEDALE FATE-BENE-FRATELLI - BRESCIA.

Terapia pneumotoracica e gravidanza

per il prof. EUGENIO CURTI.

Quale influenza ha la gravidanza sul decorso della tubercolosi polmonare?

Alcuni sostengono che la gradivanza non eserciti alcuna influenza dannosa, altri ammettono sia utile nei primi tempi, altri infine dannosa in seguito.

Dalle numerose statistiche si può ormai concludere nel modo più assoluto che la gravidanza esercita una influenza nociva sul decorso della tubercolosi.

Ciò posto dobbiamo interrompere la gravidanza nelle tubercolotiche? Ma quali saranno i risultati? Vale a dire: i pericoli di una interruzione sono sufficientemente compensati dai risultati presenti e lontani che l'ammalata ottiene?

Dato che colla interruzione della gravidanza una vita umana è certamente sacrificata, il sacrificio fetale è realmente utile alla madre oppure nel dubbio conviene perdere la madre ma salvare il figlio?

Mangiagalli dice che dal punto di vista sociale facendo il bilancio delle vite umane, esso depone contro l'interruzione della gravidanza e che l'aborto provocato può essere giustificato dal punto di vista medico e sociale solo nel caso in cui il sacrificio del feto può essere compensato dalla speranza fondata di una guarigione permanente o di una certa durata della madre.

Carpi, Dumarest, Cambiaso, Pennato, Bertino, Vercesi, sostengono che quando vi sono indicazioni precise per il pneumotorace artificiale questo deve essere praticato senza interrompere la gravidanza.

Anch'io ebbi in cura sei malate di tubercolosi polmonare nelle quali praticai la collassoterapia. Di due di queste già riferii altrove (*Il pneumotorace artificiale terapeutico*, Soc. Coop. Tip. Bresciana, 1924). In un caso la donna morì (dopo aver dato alla luce un bel bambino), per collasso cardiaco. Nell'altro la gravidanza decorse regolarmente, il parto regolare. Attualmente alla distanza di oltre due anni madre e bambino stanno bene.

Accenno un po' più diffusamente agli altri casi perchè di questi non parlai altrove.

R. A., di Castiglione delle Stiviere. Nessuna malattia pregressa, ebbe una precedente gravidanza normale. La donna è in cura mia dal 9 settembre 1924 per lesione al polmone sinistro. La collassoterapia è condotta colle regole che in seguito dirò. Durante la cura ebbe pleurite pneumotoracica e una ischialgia a destra. Rimase incinta nel gennaio 1926. La gravidanza fu regolare, il 2 ottobre 1926 ebbe parto normale, rapido senza che fosse necessaria la presenza del medico. Madre e bambino stanno bene.

F. C., da Brescia. Madre morta tbc. Il marito fece con ottimo risultato una cura pneumotoracica. La donna iniziò la cura nel maggio 24 durante la gravidanza. Gravidanza e parto regolari senza danni per la donna. In seguito, in conseguenza di pleurite pneumotoracica, le condizioni della paziente peggiorarono, la malattia si diffuse all'altro polmone e all'intestino; la morte sopraggiunse nel giugno 1926.

F. A., di Bedizzole, di anni 27. Malattie pregresse: scarlattina ed erisipela: due gravidanze precedenti. È in cura dal 5 maggio 1925. Incinta dal dicembre '25 ebbe gravidanza e parto normale; il bambino è sano; la donna continua la cura senza complicanze e in ottime condizioni generali.

C. M., da Brescia. Nessuna malattia pregressa. Ammalata dal settembre 1925, in cura di pneumo dal 3 dicembre 1925 per lesione a sinistra. Incinta dal gennaio; ebbe gravidanza regolare e parto normale il 7 settembre 1926. Mamma e bambino sono sani e in ottime condizioni.
Continuo la cura.

A parto avvenuto per la rapida diminuzione dl pressione endoaddominale, per lo spostamento in basso degli organi addominali, il diaframma si abbassa notevolmente, favorito in ciò dalla elasticità dell'aria endopleurica e dalla mancata aspirazione del polmone compresso.

Ne consegue perciò la necessità di tenere a lungo fasciato l'addome per impedire la ptosi viscerale e d'iniziare presto i rifornimenti di gas, anche per evitare i danni sulla lesione di una rapida decompressione polmonare.

È abitudine mia riportare con frequenti ma non abbondanti rifornimenti il polmone al collasso anteriore; uso però, prima di portare (ove occorra) la pressione endopleurica ad alti valori, attendere anche parecchie settimane poichè durante la gravidanza e il parto, il punto critico di M. Ascoli e Fagiuoli si abbassa notevolmente.

Nessuna delle mie malate, ebbe bisogno di speciale assistenza durante il parto, che in tutte si effettuò normalmente e in breve tempo.

Quali i risultati della cura pneumotoracica in donne gravide (nella mia casistica) per ciò che riguarda la vita della madre già dissi.

Sei partorienti curate, sei gravidanze a termine. Una donna morì per collasso cardiaco dopo il parto; una morì dopo oltre un anno dal parto per diffusione della malattia all'altro polmone e all'intestino: quattro stanno bene e sono in ottime condizioni generali.

Per ciò che riguarda la vita del bambino, nessun decesso; tutti bambini sani e in ottime condizioni generali.

Non v'è chi non veda dal punto di vista clinico e specialmente sociale, i vantaggi della possibilità di conciliare la cura pneumotoracica col-

lo stato di gravidanza, la possibilità di conservare la madre e di conservarla guarita o guaribile e la quasi certezza di salvare il neonato ricordando che ormai è da quasi tutti ammesso che la tubercolosi ben raramente è ereditaria cioè a dire che i nati da genitori tubercolotici contraggono la malattia per contagio dall'ambiente in cui vivono.

Come si vede dalla mia piccola casistica, la cura pneumotoracica si può non solo continuare se durante la cura interviene una gravidanza, ma può essere iniziata anche durante la gravidanza stessa. Oso anzi affermare che la collassoterapia può essere iniziata, ove occorrano le altre condizioni di necessità e permettenti, in qualunque periodo della gravidanza stessa.

Sta nella esatta regolazione della cura, nella abilità del tisiatra l'ottenere il massimo dei risultati.

Quale la quantità di aria da introdurre? Quale la pressione endopleurica, e a quale distanza praticare i rifornimenti?

Indubbiamente rispondere tassativamente a questi problemi non è possibile.

Basta infatti richiamare alla mente i più elementari concetti di tecnica pneumotoracica per ricordare quali e quante sono le cause che influiscono sulla pressione manometrica e quindi sulla quantità di aria da introdurre e sulla distanza dei rifornimenti (1).

In tesi generale, tenuto conto del continuo aumento della pressione endo-addominale e dell'innalzamento del diaframma che viene a limitare l'iperfunzione vicariante del polmone sano, cerco di ottenere il riposo funzionale e lo schiacciamento del polmone leso col minimo possibile di pressione e sorvegliando attentamente la resistenza del mediastino.

Consiglio piuttosto di praticare rifornimenti piccoli e frequenti per poter meglio regolare la pressione endopleurica.

Stabilita possibilmente l'epoca del parto, sospendo i rifornimenti quindici giorni prima dell'evento, tenuto conto che il punto critico di M. Ascoli e Fagiuoli si abbassa durante il parto e un'alta pressione endopleurica potrebbe in detto periodo riuscire oltremodo pericolosa.

Mi pare quindi di dover concludere in base all'esperienze mie colle parole di Morelli che « il pneumotorace trasforma un polmone tisico in un polmone tubercoloso e in esso la tubercolosi decorre come in altri organi per lesioni dei quali non sempre si richiede l'interruzione della gravidanza ».

(1) E. CURTI. Alcune considerazioni sulla pressione manometrica nella cura col pneumotorace artificiale. *Policlinico*, Sez. Prat., 1926.

OSPEDALE FATE-BENE-FRATELLI — BRESCIA.

Risultati a distanza della frenicotomia bilaterale

per il prof. E. CURTI.

L'importanza della chirurgia nella tubercolosi polmonare dopo i recenti congressi, non è più discutibile e non v'è ormai ospedale o sanatorio o casa di cura per malati di petto, nei quali la cura chirurgica della tubercolosi polmonare, non venga adottata nei casi indicati.

Non credo però superfluo portare il mio contributo a proposito di questa cura contributo che mi sembra non disprezzabile (anche se la mia casistica p poco numerosa) tenuto conto che si tratta di pazienti curati colla frenicotomia bi bilaterale.

Dico subito che fui spinto a questo tentativo di frenicotomia bilaterale dalle esperienze di M. Ascoli e di A. Fagiuoli di collassoterapia pneumotoracica bilaterale.

Se, come ormai tutti sanno, vi sono pazienti: che possono vivere con una superficie respiratoria polmonare ridottissima; la riduzione di funzione respiratoria data dall'innalzamento e dalla immobilità del diaframma, non poteva essere tale da ostacolare la vita del paziente.

Ciò posto, se benefici si ottenevano dalla frenicotomia monolaterale, perchè analoghi benefici non si potevano ottenere da un intervento bilaterale?

Dei risultati ottenuti, dirò in seguito.

Quali le indicazioni per detta cura?

Lesioni polmonari bilaterali di natura fibrosa diffuse a gran parte dei lobi e con prevalenza alla base.

Escludo le forme caseo distruttive, ampiamente cavitarie, le forme floride perchè queste certo non possono avere benefici da un limitato collasso polmonare, mentre nelle forme fibrose, il riposo funzionale, anche se limitato, facilita i processi di sclerosi, di neoformazione connettivale.

Anche per le forme fibrose, è indicata la cura, quando non vi sieno lesioni tubercolari extra polmonari di una certa entità.

Questo metodo curativo, ha il pregio di poter essere usato anche nelle lesioni polmonari tubercolari bilaterali dove cura pneumotoracica (anche bilaterale) non è possibile per la presenza di aderenze, e di essere usabile nei casi nei quali la torocoplastica non è consigliabile per la bilaterelità della lesione.

Quanto possiamo noi pretendere da questo metodo di cura?

Ricordo quanto disse Morelli al I Congresso

della tubercolosi in Milano, parlando dei risultati del pneumotorace artificiale.

Nei casi lievi (disse) possiamo ottenere l'80, il 90 % di guarigione. Nei casi gravi, il 2 il 3 % possono già costituire risultati sodisfacenti.

Nel caso nostro, dato che questo sistema curativo viene usato in quei pazienti nei quali ogni altra cura (pneumo o toracoplastica) non è possibile, anche una bassa percentuale di esiti buoni, è pur sempre tale da spingere ad adottare questo sistema curativo che ha anche il vantaggio di essere relativamente poco pericoloso e alla portata di tutte le borse.

Il primo tentativo di frenicotomia bilaterale fu da me fatto nell'aprile 1924 come già riferii. (*Policlinico*, Sez. Pratica 1925).

Scelsi allora un paziente (F. A. di Brescia) affetto lesione bilaterale con vaste aderenze da pregressa pleurite, che impediva il pneumo a bassa pressione bilaterale. Il caso era grave per tossiemia ed un eventuale insuccesso poco danno avrebbe potuto arrecare.

Trattandosi di un primo tentativo, l'operazione fu, eseguita in due tempi alla distanza di 10 giorni; negli altri 5 casi, fu eseguita la frenicotomia bilaterale in una sola seduta.

Di questi pazienti, quattro sopportarono molto bene l'intervento senza disturbo alcuno; in un solo si ebbe dispnea e tachicardia che, come dirò in seguito, si protrassero per vari giorni, finchè la paziente morì in 10ª giornata per collasso cardiaco.

Usammo sempre l'anestesia locale.

Il frenico veniva asportato (con taglio) per un tratto circa di due cm.

In un solo caso (quello sui seguì la morte in 10ª giornata) praticammo lo stiramento del frenico e penso che in relazione con questo fatto si debbano mettere la dispnea e la tachicardia.

Per ciò che riguarda i risultati immediati: in quattro casi avemmo già nei giorni seguenti la cura, un senso di benessere, una diminuzione di temperatura, una diminuzione di tosse e di espettorato. In questi quattro casi non mi fu dato constatare disturbo alcuno da mettere in relazione colla pregressa operazione. Non disturbi circolatori, non dispnea di origine polmonare, anzi un senso di euforia che si rivelava con maggior appetito e maggiore energia.

Per ciò che riguarda i risultati a distanza (oltre due anni) il primo dei pazienti morì dopo circa tre mesi per enterite t. b. c. mentre i sintomi di t. b. c. polmonare erano diminuiti. — Una donna, come già dissi, morì in decima giornata per collasso cardiaco. — Uno dei pazienti ebbe pochi vantaggi dalla cura per ciò che riguarda lesione polmonare; è però migliorato nelle condizioni generali. Due altri hanno sentito giovamento dalla cura.

(Il sesto è troppo recente e non lo prendo in considerazione).

Tutto ciò, del resto risulta dalle seguenti brevi storie cliniche.

1) T. Angelo, di Brescia (Caso già riferito nel *Policlinico*, Sezione Pratica, anno 1925. Risultati lontani della frenictomia nella cura della tubercolosi polmonare). Polmonite bilaterale e tre mesi di letto nella primavera 1921. Nell'autunno 1923, nuova pleurite a sinistra, seguita dalla comparsa bilateralmente di lesioni specifiche.

Le solite cure mediche riuscirono inefficaci.

L'a. era continuamente febbricitante fino a 39.5 verso sera, aveva sudori profusi, tosse molesta e con espettorato in discreta quantità: poco appetito.

Non era certo il caso di tentare un pneumotorace bilaterale a bassa pressione per le vaste aderenze pleuriche e pensai di applicare la frenicotomia bilaterale confidando da un lato che l'innalzamento del diaframma non arrecasse disturbi speciali di respiro come non si verificano in certe, pur imponenti, asciti; dall'altro lato confidando che l'innalzamento del diaframma determinasse un riposo polmonare e, con ciò un miglioramento anche se di breve durata nelle condizioni generali del malato, come nel pneumotorace bilaterale a bassa pressione.

Vinta la riluttanza del chirurgo dott. Ferroni, l'intervento fu eseguito in due tempi: il primo a destra il 10 aprile, il secondo il 30 aprile 1924.

L,a. sopportò bene le due operazioni eseguite al solito modo; si ebbe una notevole diminuzione di temperatura subito dopo i due interventi, diminuzione durata per circa 15 giorni con massimi scesi da 39.5 a 37.7. Non dispnea, non disturbi nè a carico del cuore nè dell'addome.

La tosse e l'espettorato diminuirono.

Il paziente andò però deperendo continuamente per la comparsa, in seguito, di complicanze tubercolari intestinali.

Notevole però il fatto che durante tutto il periodo in cui l'a. visse (morì circa tre mesi dopo) la tosse e l'espettorato furono sempre scarsissimi; lo spettorato era areato, non mucopurulento; mai cianosi nè dispnea.

Obbiettivamente le lesioni polmonari ebbe un arresto.

2) M. Cesare, di Cogno, operaio in cotonificio. Gentilizio immune. A varie riprese negli scorsi anni polmonite dopo le quali residuò tosse e catarro.

Presi in cura il malato nel giugno 25; presentava allora condizioni generali scadenti, tosse espettorato abbondante a volte emorragico, Koch; febbre serotina; lesioni tbc. di natura fibrosa bilaterali senza fatti cavitari.

La cura penumotoracica bilaterale che fu eseguita il 2 luglio in un unico tempo con anestesia locale e taglio del frenico senza strappamento.

Nessun disturbo nè durante l'operazione nè dopo. L'a. lasciò la casa di cura dopo 10 giorni. La tosse, l'espettorato erano diminuiti; la febbre scomparsa; il diaframma si era rialzato bilateralmente un po' di più a sinistra.

Rividi l'a. a metà novembre 1926. Durante il tempo trascorso dall'operazione le condizioni sue erano migliorate tanto che aveva potuto riprendere il proprio lavoro; era in condizioni buone, aumentato di peso, con poca tosse e scarso espettorato. Non aveva più avuto febbre. All'apparato respiratorio respiro quasi esclusivamente toracico, con accentuazioni inspiratorie degli spazi intercostali. Al torace smorzatura plessica con tendenza al timpanico, basi immobili. All'esame radioscopico polmoni abbastanza chiari con numerosi focolai calcificati; diaframma rialzato e quasi immobile.

3) S. M., da Castiglione delle Stiviere. Da tempo in cura mia per lesioni polmonari Koch bilaterali fibrose. Le condizioni della paziente, nonostante tutte le cure mediche, andavano continuamente peggiorando. Non potendo fare una cura di pneumo bilaterale, consigliai la frenicotomia bilaterale che fu eseguita in un'unica seduta il 30 giugno 1925. Nessun disturbo speciale durante l'operazione; solo dopo qualche giorno un po' di dispnea di origine polmonare. Il diaframma si era rialzato di circa 4 cm. ed era immobile.

Da informazioni assunte in questi giorni (fine novembre 26) mi risulta che l'a., è molto aumentata di peso; ha poca tosse e quasi assenza di espettorato; non febbre; permane dispnea alla minima fatica; dispnea che mi spiego colla diminuita elasticità polmonare. Cuore normale.

4) Z. Teresa di Gardone. Donna di 50 anni affetta da lesioni tbc. bilaterali fibrose non cavitarie. Entrò in casa di cura nell'ottobre 25; fu operata il giorno 26 di frenicotomia bilaterale; sopportò l'operazione in un unico tempo senza risentire disturbo tanto che potè subito recarsi a piedi dalla sala operatoria alla propria camera. Rividi l'ammalata nell'ottobre 26; condizioni generali buone; notevole aumento di peso, non espettorato, solo tosse secca. Presenta un po' di dispnea respiratoria quando cammina in fretta per la diminuita elasticità polmonare, non per disturbi cardiaci. Al torace smorzatura timpanica, respiro aspro, prolungato specie nelle inspirazioni; non fatti umidi; margine alla base quasi immobile.

5) X. Y. da S. Coombano. È questo l'unico caso letale. Presentava lesioni diffuse bilaterali abbastanza gravi (cavitarie) con vaste aderenze che impedivano il pneumo bilaterale. Consigliai la frenicotomia bilaterale, null'altro potendo fare, operazione che fu eseguita in un'unica seduta. Subito dopo l'intervento l'a., presentò dispnea di origine cardiaca e sintomi di adinamia cardiaca (polso piccolo frequentissimo) che in primo tempo attribuii alla novocaina usata per l'anestesia. In ottava giornata la paziente parve migliorare tanto che permisi di alzarsi dal letto. In decima giornata improvvisamente moriva per collasso cardiaco. È da notare che nella recisione del frenico di sinistra fu fatto lo strappo del nervo e ritengo che questo fatto non sia estraneo ai disturbi cardiaci.

6) F. Paolo di anni 33 da Pavone Mella. Gentilizio immune. Malaria durante la guerra; bronchite nel 1922 poi sempre tosse. Da tre mesi sofferente di laringite tbc. In cura mia dalla metà novembre 26. Frenicotomia bilaterale in un'unica seduta il 22/11/26 per lesioni bilaterali tbc. con numerose aderenze e fatti cavitari a sinistra T. m. 37.8 s. 38.5.

Dopo l'intervento tosse poco diminuita espettorato più chiaro T. s. 37.1 già al secondo giorno dopo l'intervento; nessun disturbo polmonare circolatorio nè dopo l'operazione.

Concludendo la frenicotomia bilaterale è possibile senza speciali danni per il paziente; è l'unico metodo di cura che dia qualche risultato dove tutti gli altri interventi non sono applicabili.

I risultati che si ottengono anche se non saranno duraturi, sono però di tale entità da incoraggiore medico e malato ad applicare questo metodo curativo come viene usato il pneumotorace bilaterale a bassa pressione, coi medesimi concetti coi quali viene praticata la gastro-enterostomia nelle stenosi piloriche.

Brescia, novembre 1926.

LEZIONI.

Indicazioni e risultati del pneumotorace.

(L. PETSCHACHER. *Wiener klin. Wochenschrift*, 28 luglio 1927).

Recentemente, W. Neumann, parafrasando una sentenza di Sydenham, a proposito dell'oppio, ha detto che nessun medico può fare a meno del pneumotorace. E con ragione. Di fatto, se noi consideriamo quanti tubercolosi, che erano dapprima inesorabilmente votati alla morte, si rimettono quasi subito dopo il P. e rifioriscono, quanti individui ritornano con tal mezzo ad essere membri utili della società e più non gravano sui bilanci dello stato, delle assicurazioni e delle famiglie, troviamo pienamente giustificata l'asserzione di Neumann.

In questa conferenza, tenuta all'Associazione medica ad Innsbruck, l'A. si occupa particolarmente delle indicazioni del P. e ritiene tanto più necessario di far questo, in quanto che egli è convinto che molti medici non sappiano o non tengano sempre presenti i risultati che il P. può dare, o considerino troppo scetticamente questo metodo introdotto nella terapia dal Forlanini. Lo dimostrano i troppi casi gravi, disperati che l'A. stesso vede nella clinica a cui appartiene e che avrebbero forse potuto essere salvati da un P. fatto a tempo.

L'A. si mette soprattutto dal punto di vista del medico pratico, il quale non può inviare tutti i suoi malati dallo specialista e deve quindi provvedere da sè al loro benessere.

Le indicazioni del P. sono dunque le seguenti.

1) *Processo strettamente localizzato.* — Qui si presenta una prima difficoltà. È noto che una

gran parte, si può dire anzi la maggiore, di questi processi localizzati strettamente ad un apice guariscono, alcuni spontaneamente, altri con una terapia semplice. Deve dunque il medico fare il P. per ogni caso di tubercolosi incipiente? Certamente no, ma dovrà dapprima trattare il malato con il consueto arsenale contro la tubercolosi, stando in un'attesa armata dei sintomi di allarme che sono: *a*) segni fisici di distruzione dal lato malato; *b*) segni radiologici della stessa specie; *c*) comparsa dei bacilli nello sputo; *d*) emottisi forti o ripetute che provengano certamente dal focolaio polmonare; *e*) lunga durata della malattia. Le prime quattro indicazioni sono facili a cogliersi quando si tenga il malato sotto continua sorveglianza. L'ultima è forse un po' vaga e lasciata all'impressione del medico; ma essa risulterà abbastanza netta se si pensi che, con l'andar del tempo, l'individuo migliora, ed allora non si penserà più al P., oppure va peggiorando ed entreranno allora in scena gli accennati sintomi di allarme. Si potrà obbiettare che, attendendo troppo a lungo, il processo tubercolare si può diffondere anche all'altro polmone, ma si deve dire che tale diffusione non si può prevedere nè impedire e nessun rimprovero potrà farsi al medico, tanto più che col P. si è sempre in tempo di portare un aiuto. Nelle forme di tisi galoppante si arriverà sempre troppo tardi.

Un'altra difficoltà s'incontra nella diagnosi di unilateralità del processo. È già difficile fare la diagnosi di tubercolosi incipiente, pure usufruendo di tutto l'arsenale diagnostico; tanto più malagevole è il poter decidere se il processo sia unilaterale o non, in quanto che non sempre l'esame fisico o radiologico può essere decisivo nelle forme iniziali. La stretta unilateralità del processo ha però perduto un poco della importanza che le si annetteva ed i casi in cui essa non è assoluta rientrano nel secondo gruppo delle indicazioni.

2) *Processi bilaterali, che mostrano da un solo lato i caratteri di progressività o di distruzione.* — La decisione, in questi casi, presenta minori difficoltà e si riduce a conoscere il preciso stato dell'altro polmone, per il quale si devono trovare le seguenti condizioni: *a*) mancanza di fenomeni di infiltrazione diffusa, riconoscibili allo smorzamento del suono plessico ed al respiro bronchiale; *b*) mancanza di fenomeni di distruzione (rantoli caseosi, caverne); *c*) nessun fenomeno che stia ad indicare diffuse modificazioni cirrotiche o notevoli aderenze; *d*) conferma radiologica dei fatti accennati; mancanza di emottisi, che può provenire da tale polmone.

Si capisce che anche le condizioni generali dell'infermo entreranno non poco nella decisione; non si deve però dimenticare che son proprio i casi in cui le condizioni dei malati sono piuttosto cattive per le febbri che durano a lungo, i sudori notturni, la tosse che si vedono rifiorire sotto l'influenza del P. Le indicazioni sono quindi piuttosto ampie e passano senza limiti netti a quelle del terzo gruppo.

3) *Processi bilaterali in cui si hanno fenomeni distruttivi soltanto da un lato.* — Sono questi i casi, nei quali, dopo matura considerazione e dopo essersi consigliati col paziente stesso e con i suoi parenti, ci si potrà decidere ad un tentativo disperato. Le indicazioni, per questi casi, sono spesso limitate dalle cattive condizioni generali e dalla frequente presenza di aderenze pleuriche, che ostacolano il P. Anche le condizioni sociali e psichiche possono influire sulla decisione. Vediamo spesso pazienti che sono esclusi dai sanatori per lo stato avanzato del loro processo, che paventano il tubercolosario e che rappresentano un grave pericolo per la loro famiglia rimanendo per mesi in attesa della fine, senza la necessaria assistenza per mancanza di mezzi finanziari. In tali casi il fare il P. induce nei malati una certa speranza, per cui essi si decidono più facilmente a rimanere nell'ospedale e, se anche rimangono a casa, la diminuzione della tosse e dell'espettorazione attenua il pericolo per i conviventi.

Viene qui a proposito, la questione del P. bilaterale, che è stato dapprima applicato da Fagiuoli e che è stato poi usato da numerosi autori. Specialmente, con la combinazione di due P. parziali, si sarebbero ottenuti dei buoni risultati; questa terapia è favorita dalla presenza di aderenze, che impediscono il P. completo. Si può poi pensare ad un P. bilaterale in casi nei quali il processo che tende a guarire da un lato diventa progressivo dall'altro. Sulla questione del P. bilaterale però i pareri degli autori non sono concordi.

4) *Empiema tubercolare.* — In tal caso, l'indicazione è di eliminare continuamente l'essudato, sostituendolo con l'azoto. Si connette la cannula, che serve per la puntura, con un tubo a T, di cui una branca va all'apparecchio per il P. e l'altra serve per l'evacuazione dell'essudato. Si introduce la cannula e si estraggono circa 3/4 di litro di essudato; si chiude allora il tubo da cui è effluito l'essudato e si introducono per l'altro circa 500 cmc. di azoto. Questa manovra agisce aumentando la pressione nella cavità, sicchè, aperta poi la comunicazione con l'altro tubo (dopo aver chiusa quella con l'apparecchio del P.) fuoriesce nuovo essudato. Si continua la manovra fino a scacciare completamente l'essudato.

Per facilitare la fuoriuscita di questo, si mette il paziente fra due tavole, lasciando libera nel mezzo la parte in cui si fa la puntura. A manovra finita si introduce azoto, in modo da stabilire la pressione atmosferica.

5) *Alcuni casi di pleuriti, specialmente tubercolari, che sarebbero da trattarsi come l'empiema.* — Certamente non tutte le pleuriti con essudato sono da curarsi in tale modo, che va riserbato a quei casi che durano a lungo ed in cui l'essudato si riforma nonostante ripetute toracentesi, nonchè alle pleuriti sicuramente tubercolari.

6) *Il P. spontaneo.*

7) Alcune malattie non tubercolari, quali. *a*) bronchiectasie, per le quali però difficilmente si potrà fare il P. in causa delle frequenti aderenze; *b*) ascessi, in cui però l'indicazione del P. è discutibile, poichè quelli piccoli guariscono e quelli grossi richiedono l'intervento chirurgico.

8) Sono infine da menzionarsi i casi in cui il P. è *indicato a scopi diagnostici*, specialmente nel sospetto di tumori del polmone o della pleura, come anche per chiarire il reperto dell'esame del polmone, quando la presenza di un essudato rende impossibile l'esame radiologico.

Le *controindicazioni* per il P. sono date, oltre alla presenza del processo distruttivo nell'altro lato, da: polmonite caseosa, infezioni miste di carattere setticemico, laringite tubercolare diffusa, tubercolosi intestinale e renale bilaterale; in qualche caso, il processo lieve di laringite tubercolare e la tubercolosi renale unilaterale (dopo nefrectomia) permettono l'intervento, purchè le condizioni generali siano buone ed il malato ne migliora assai.

Controindicazioni date da altre malattie complicanti sono: malattie renali con disturbo della funzione, cardiopatie scompensate, pericardite con avanzata miocardite, diabete; il P. è inoltre sconsigliabile negli individui di costituzione debole e nei vecchi; invece non costituisce una controindicazione la gravidanza.

Si comprende poi che, col P. non si devono tralasciare gli altri mezzi di cura e di trattamento.

La maggior parte dei pazienti può venire benissimo trattata ambulatoriamente; solo è consigliabile l'internamento in ospedale per l'inizio del P.

Due fatti importanti sono sempre da considerarsi per il P., le aderenze e gli essudati. Per quanto riguarda le prime, è da notarsi che esse non possono essere riconosciute prima di fare il P.; ad ogni modo è sempre bene fare il P. anche se si prevede che vi possano essere delle aderenze, poichè in qualche caso esse si allentano e rendono possibile il P. completo dopo poche sedute. In caso contrario, si procederà, se è possibile, alla toracoscopia con termocaustica secondo la tecnica di Jacobaeus. Qualche volta dà buoni risultati la frenicectomia e, se nulla si ottiene con questa, è consigliabile la toracoplastica, beninteso con le limitazioni di questa grave operazione.

Gli essudati sono una complicazione frequente del P., verificandosi nel 40 % circa; la loro comparsa però non significa sempre una complicazione grave. Il trattamento viene considerato soltanto quando si tratta di essudati abbondanti, per i quali si userà la tecnica sopra consigliata per l'empiema; lo stesso si farà quando l'essudato si fa purulento, purchè non vi sia febbre settica che indichi infezione secondaria; in tal caso, si procederà al trattamento chirurgico.

Risultati. — Oltre a quelli buoni che si ottengono sul polmone trattato col P., sono da prendersi in considerazione quelli che si hanno sull'altro; quasi mai si osserva peggioramento, anzi, il più spesso, una tendenza alla rapida guarigione, mediante il processo di cirrosi. Tale fatto può ricondursi alle modificazioni meccaniche, circolatorie ed immunbiologiche.

I processi di guarigione nel polmone collabito, quali il collasso di caverne e la formazione, al loro posto, di cicatrice possono essere seguiti radiologicamente. Notevoli ed importanti sono i miglioramenti dello stato generale, della febbre, della tosse, della psiche.

Per quanto riguarda il periodo di tempo per cui si deve mantenere il P. (quando non vi sia aumento delle aderenze, che può consigliare la frenicotomia o la toracoplastica) si può calcolare in media ad un anno. Esso dipende soprattutto da: *a*) condizioni generali; *b*) stato dell'altro polmone, in quanto che vi sia in esso un processo che progredisce, mentre quello collabito tenda alla guarigione; allora si lascia il P. in questo per farlo nell'altro; *c*) dallo stato del polmone collabito in riguardo alla sua riespansibilità. Il collasso permanente induce delle modificazioni nel polmone e nella pleura che possono impedire o rendere difficile la riespansione; questo può venire controllato ai raggi X, in quanto che una parte del gas viene man mano riassorbendosi ed il polmone tende a riespandersi; se ciò non avviene, è da temersi che il paziente possa rimanere per tutta la vita con le conseguenze del P., ciò che va impedito.

In complesso, si deve ritenere che il P. è di molto superiore a tutti gli altri metodi di cura della tubercolosi polmonare. Il numero dei casi in cui esso è indicato è per ora relativamente ristretto, ma esso aumenterà se tutti i metodi terranno presente questo metodo in modo da applicarlo in tempo debito. A. FILIPPINI.

SUNTI E RASSEGNE.

Pneumotorace artificiale con ernia del mediastino.

(L. CORNET. *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 agosto 1927).

L'A. riporta l'osservazione di un ufficiale, che ha subito parecchie volte l'azione dei gas di guerra e che presentava segni di rammollimento del lobo superiore sinistro, con sputo positivo. L'A. dapprima era esitante a fare il pneumotorace, in causa di un certo grado di disepatia, ma vi si decise in seguito, incominciando ad iniettare, senza difficoltà 600 cmc. di aria gomenolata. Circa un mese più tardi, dopo otto insufflazioni, compare alla radiografia un'immagine anormale. Si trattava del cul di sacco mediastino-pleurico antero-superiore sinistro, che si era sviluppato in modo da fare ernia nell'emitorace destro. Nella stessa radiografia, si vedeva una spiccata destrocardia ed il collasso completo del polmone sinistro. Tutte le insufflazioni precedenti erano state fatte in regime negativo; a cominciare dall'ottava, la pressione terminale fu positiva (3-1). Nessun segno aveva rivelata tale ernia mediastinica; in seguito, si notò sull'area dell'ernia una leggera retrazione della parete, delle vibrazioni normali e la sostituzione del murmure con un soffio intenso a tipo anforico; assenza di broncofonia, presenza di pettoriloquia afona a timbro anforico.

Il malato andò migliorando nelle condizioni generali e locali; scomparvero i bacilli dallo sputo, scomparve l'ernia mediastinica ed il paziente riprese il suo servizio in buone condizioni.

L'osservazione è interessante sotto parecchi punti di vista. Anzitutto la scomparsa dei disturbi epatici, per i quali si temeva di non potere installare il pneumotorace; inoltre la guarigione che si mantiene dopo due anni, pure avendo il paziente, in questo frattempo, sofferto di bronchite acuta nello stesso polmone compresso, senza che in esso si avessero segni di localizzazione tubercolare. Il paziente ha anche diversi figli, due dei quali nati dopo l'installamento del pneumotorace; tutti stanno bene e non hanno avuto nessuna complicazione consecutivamente al morbillo sofferto. Questo indica quale valore abbia il pneumotorace dal punto di vista del rendimento sociale.

L'osservazione è poi interessante per l'ernia mediastinica, che fu una scoperta della radioscopia e che aveva i caratteri indicati da Dumarest, cioè: sviluppo a spese della pleura sinistra, comparsa in un individuo giovane e senza lesioni pleuriche, produzione precoce, senza bisogno di pressioni nettamente positive. Essa non è stata del tutto silenziosa, ma diede luogo ai segni citati, in causa del suo notevole volume.

Il meccanismo di produzione di queste ernie è stato discusso. Mentre tutti sono d'accordo nel ritenere che esse possono aversi anche senza pressioni positive, alcuni danno grande importanza alla pressione gazosa intrapleurica, che ricaccerebbe il cul di sacco mediastino-pleurico. Altri, basandosi sulla frequente negatività della pressione intrapleurica, suppongono che l'emitorace sano agisca in certo modo aspirando in rapporto alla pleura dell'emitorace opposto. Nel caso dell'A. si è osservata una notevole destrocardia ed è da ritenersi poco probabile che l'aspirazione sia stata tale da spostare un organo che, come il cuore, è pesante e voluminoso e relativamente fisso. È quindi da ritenersi più probabile l'altra ipotesi.

FILIPPINI.

Le indicazioni del pneumotorace artificiale, della frenicectomia e della toracectomia nel trattamento della tubercolosi polmonare.

(PIERY. *Le Journal de médecine de Lyon*, 5 agosto 1927).

I tre metodi si propongono tutti uno scopo comune, di realizzare cioè la compressione del polmone affetto da lesioni tubercolari. È tale collasso che effettua la guarigione.

Le indicazioni del pneumotorace possono dividersi in generali e sintomatiche o palliative.

Indicazioni generali. — Sono dettate anzitutto dalla forma clinica, ma anche dalla unilateralità evolutiva e dall'età delle lesioni.

a) Forma clinica. — I tubercolosi polmonari per cui è adatto il P. sono tutti quelli che sembrano non guarire spontaneamente. Per questi ultimi, è evidente che è inutile far correre loro i rischi connessi col metodo e costringerli a mantenere la compressione più o meno prolungata.

Le difficoltà però incominciano quando si debbono riconoscere quali siano i casi che tendono a guarire spontaneamente.

Per tale giudizio è necessario conoscere quale sia la forma clinica da cui è affetto il malato; riferendosi alla classificazione di Bard, l'A. ammette che il P. sia indicato nelle forme parenchimatose progressive, fibro-caseose e specialmente la forma estensiva, la tisi comune insomma, che in 2-5 anni conduce inesorabilmente alla morte gli individui che ne sono affetti.

Per quanto riguarda il *momento* in cui si deve intervenire, non può cader dubbio che si debba

farlo durante il primo attacco evolutivo, non appena si abbia la certezza che si è prodotta un'ulcerazione. Si potrà eventualmente intervenire anche al secondo attacco, specialmente se il primo è stato breve, discreto e benigno.

Accanto alla tisi comune costituiscono delle indicazioni per il P.: 1) Le forme fibro-caseose congestive, in cui è notevole la frequenza e l'intensità degli attacchi congestivi, con o senza emottisi. È importante riconoscere presto questa forma, che si verifica più spesso nei giovani, specialmente nelle ragazze e che, pure rispettando abbastanza lo stato generale, con delle remissioni apparenti e con attacchi evolutivi discreti, porta alla tomba in meno di un anno. 2) Le tisi cavitarie ulcerose, a vasta caverna localizzata, ma suppurante, più gravi quanto si trovano alla base, dove il drenaggio si fa male. 3) Le forme acute della tisi (tisi caseosa, esclusa la granulia), in cui però il P. dà, si può dire, soltanto delle remissioni, che però possono durare dei mesi ed anche più di un anno e dare così risultati insperati.

b) *L'unilateralità della lesione.* — Il P., nelle forme anzidette può riuscire soltanto se le lesioni sono relativamente unilaterali e se l'intervento è abbastanza precoce. È evidente che si parli di unilateralità relativa e non teorica, che non esiste mai. Quindi, le sole lesioni ulcero-caseose, sviluppatesi sul polmone opposto, debbono controindicare il P., mentre questo può farsi quando esistano precessi sclerosi, bronchiali, congestizî.

c) *L'età della tubercolosi.* — L'intervento, come si è detto, deve essere il più precoce possibile e, nei casi avanzati, si dovrebbe seguire il consiglio dello stesso Forlanini di rifiutare il P.; in tali casi, le aderenze sono la regola e, quando le caverne sono imperfettamente compresse si può avere la complicazione più grave, la perforazione del polmone.

Indicazioni sintomatologiche. — Il P. parziale o palliativo. Nei casi precedenti, si ha di mira l'arresto e la guarigione della malattia. Può accadere però che al P. si richieda soltanto un'azione palliativa o sopra un particolare episodio. Il P., come medicazione sintomatica, è indicato nelle forme congestizie ed emottoiche, nonchè nelle emottisi gravi, prolungate o recidivanti. È in questi casi, che il P. può dare la soddisfazione di strappare il malato alla morte imminente e di vedere l'emorragia fino allora incurabile cedere all'iniezione di pochi centimetri cubi di azoto.

Il P. spontaneo, che si produce nel decorso della tubercolosi, va completato ed eventualmente mantenuto; solo in tal modo si può sperare di ottenere l'unione e la cicatrizzazione delle labbra della fistola polmonare.

Anche il P. parziale, quello che realizza una compressione talora insignificante (p. es., dato da 80-100 cmc. di azoto) può avere un'azione palliativa importante, capace di sospendere per un certo tempo l'evoluzione implacabile del processo. Questo intervento palliativo può estendersi a casi gravi ed abbastanza avanzati (se non disperati), con grosse lesioni bilaterali, di cui attenua i sintomi penosi (febbre, espettorazione, ecc.), alle caverne profonde, situate in tessuto sano. Ma soprattutto esso può essere utilizzato dal lato opposto di un P. già istituito, in caso di comparsa di nuove lesioni.

Indicazioni del P. bilaterale. — Si deve considerare come un grande progresso del metodo Forlanini questa estensione della compressione ai due polmoni, che risponde alla bilateralizzazione tanto precocemente frequente della tubercolosi.

Si deve distinguere il P. alternante o successivamente bilaterale da quello bilaterale simultaneo. Il primo, che già era stato praticato da Forlanini, si fa dopo l'abbandono della compressione del primo polmone. Di solito però i risultati sono mediocri; il primo P. è stato abbandonato troppo presto e, quando compare l'attacco sul secondo polmone, le prime lesioni si risvegliano in occasione dell'intervento.

Non così vanno le cose col P. bilaterale simultaneo. Il caso si presenta spesso così. Si è praticato un primo P. in una giovanetta affetta da tubercolosi fibro-caseosa congestizia. La malattia si è arrestata nettamente. Ma, dopo qualche mese, si rileva l'invasione dell'altro polmone, con lesioni rapidamente estensive. In tali condizioni, anni fa si abbandonava del tutto polmone e... malata. Oggi si può e si deve procedere in modo diverso. Si decomprime in parte il primo polmone e si fanno delle iniezioni di azoto minime e prudenti al polmone secondariamente affetto, mantenendo poi per entrambi i polmoni una mezza compressione.

Controindicazioni. — Dopo quanto si è detto, si comprende che le controindicazioni siano molto diminuite; la bilateralità, p. es., non è più una controindicazione. Nemmeno questa può essere data da aderenze pleuriche, poichè una sinfisi pleurica non può essere sospettata prima dell'intervento.

Esistono però delle controindicazioni formali: l'esistenza di generalizzazione tubercolare, di una localizzazione intestinale; la tubercolosi laringea, senza essere una vera controindicazione, compromette i risultati del P.

Altre controindicazioni sono date da: insuffi-

cienza cardiaca, ipertensione arteriosa male tollerata, diabete e, come si è accennato tutte le forme benigne spontaneamente curabili.

Contemporaneamente o poco dopo la scoperta di Forlanini, sono stati proposti due metodi chirurgici, la toracoplastica extrapleurica e la toracectomia; più tardi, nel 1911, si è proposta la frenicectomia. Tali metodi, però non si sono venuti sviluppando che in linea subordinata al P. che essi possono complètare o sostituire, quando il P. si sia dimostrato insufficiente o sia stato abbandonato. In tali casi, si potrà dapprima ricorrere alla frenicectomia, che è anche meno traumatizzante, e si ricorrerà in secondo tempo alla toracectomia. L'una e l'altra sono pure applicabili nei casi in cui è impossibile il P.; come, p. es., quando la tubercolosi sia stata preceduta da un versamento pleurico.

Come controindicazione è anzitutto da menzionarsi la bilateralità delle lesioni, specialmente per la toracectomia. Si eviterà altresì la frenicectomia nelle lesioni troppo estese o ad evoluzione troppo rapida, contro le quali la sopraelevazione e l'immobilizzazione del diaframma avrebbero un'azione insufficiente. La toracectomia è indicata nelle lesioni fibro-caseose anche estese, purchè predomini l'evoluzione fibrosa. La bronchite tubercolare profonda con dilatazioni bronchiali, sempre accompagnata da sinfisi pleurali è curabile, ad una fase avanzata soltanto mercè la tocacoplastica. La forma corticale fibro-caseosa con sinfisi refrattarie al P. ed anche alla frenicectomia rientra anch'essa nel dominio delle resezioni pluricostali.

Controindicazioni per la toracectomia sono il cattivo stato generale, l'età (sotto i 12 ed oltre i 50), ma non la gravidanza.

FILIPPINI.

Il pneumotorace spontaneo.

(A. WEISZ e E. KOPPENSTEIN. *Wiener klin. Wochenschrift*, 11 agosto 1927).

Nell'eziologia del P. spontaneo, la tubercolosi polmonare ha la parte più importante e si trova nell'85 % dei casi. La distruzione di un focolaio caseoso in vicinanza della pleura, la rottura di una caverna apre la strada all'aria attraverso la lacerazione pleurica. Il P. tubercolare può aversi in tutti gli stadî della tubercolosi; da quello del tutto iniziale, in cui esso può richiamare l'attenzione sopra un processo fino allora latente a quello di cirrosi, in cui può verificarsi sia spontaneamente, sia in conseguenza di momenti provocatori, tosse, sforzi, vomito. Si trova più frequentemente nella tisi cavernosa e nei processi progressivi, mentre è più raro in quelli indurativi, in causa dell'inspessimento della pleura.

Esso però non è molto frequente; Spengler lo ha trovato 42 volte su 13303 tubercolosi, Schröder 4 volte su 5000. Al gruppo dell'eziologia tubercolare appartengono anche quei P. che si formano quando si pratica il P. artificiale, i così detti P. comunicanti, di cui le osservazioni vanno aumentando e che sembrano dovuti a lacerazioni di parti del polmone fissate per aderenze od a caverne aderenti alla parete.

Un secondo gruppo di P. spontaneo si accompagna a malattie ben caratterizzate clinicamente, non tubercolari: bronchiectasie, enfisema diffuso, ascessi polmonari, echinococco polmonare, empiema. Rarissimo è il P. spontaneo nelle ulceri gastriche, e nei tumori mediastinici, pleurici esofagei.

Ultimamente sono stati descritti parecchi casi di P. unilaterale completo o parziale in malattie non manifeste clinicamente, in cui la più accurata anamnesi e le più minuziose ricerche non poterono trovare nessun punto d'appoggio per spiegare tale P.

L'esistenza di P. spontaneo senza gravi lesioni polmonari è stata dapprima contestata, ma attualmente le osservazioni sono troppo numerose e bene circonstanziate per potere escludere tale possibilità. La causa occasionale più frequente è il trauma: colpo diretto sul torace, caduta, sport esagerato (bicicletta, corsa). In alcuni casi si potè dimostrare radiologicamente od all'autopsia, l'esistenza di una pleurite, decorsa senza sintomi clinici. Non è improbabile che antiche pleuriti leggere e senza sintomi subbiettivi abbiano lasciato delle aderenze che portino poi alla dilatazione degli alveoli delle parti vicine del polmone. Durante gli sforzi, in conseguenza di modificazioni della pressione endotoracica, le piccole vescicole possono scoppiare e portare al P. spontaneo.

Dall'ampiezza dell'apertura di comunicazione e dallo stato della pleura dipende il modo con cui compare il P., improvvisamente o lentamente, in ore o giorni. La veemenza dei sintomi va di pari passo con la rapidità di formazione.

L'A. riferisce l'osservazione di un impiegato 19enne, che non aveva avuto mai malattie, salvo il morbillo e la varicella, il quale, durante l'esercizio del foot-ball avvertì improvvisamente vivo dolore al torace sinistro, forte dispnea e debolezza tale da dover essere trasportato a casa. I disturbi si accentuavano con la posizione sul fianco destro; non febbre, nè espettorato, nè tosse. All'indomani totale scomparsa dei disturbi, tanto che il paziente riprese le sue occupazioni. In seguito però, siccome avvertiva un po' di di-

spnea salendo le scale, venne all'osservazione dell'A.

All'esame fisico, si nota un individuo in buono stato di nutrizione, con la metà sinistra del torace prominente, spazî intercostali scomparsi. A sinistra suono di percussione profondo, metallico, ottusità cardiaca mancante a sinistra, estendentesi per tre dita trasverse oltre la linea mediana a destra. All'ascoltazione, murmure mancante a sinistra, normale a destra.

All'esame radiologico, metà sinistra del torace del tutto chiara, essendovi visibile soltanto una striscia con struttura polmonare all'esterno del margine cardiaco. Polmone sinistro collabito, della grossezza di un pugno di bambino, che dà ombra intensa in corrispondenza dell'ilo. Il diaframma sinistro si muove in modo paradosso con la respirazione. Nel polmone destro, alcune macchie calcificate della grossezza di grani di senape. Cuore un po' spostato verso destra.

Dopo due settimane di riposo, il polmone dapprima collabito era nuovamente espanso fin quasi alla parete toracica; soltanto alle parti superiori ed inferiori rimanevano ancora notevoli residui di aria. Dopo altre tre settimane di letto, *restitutio ad integrum.*

Altri casi del genere sono stati riferiti da altri autori. Nell'osservazione dell'A., i sintomi fisici erano poco pronunziati. Occorre tener presente che i segni classici si trovano nel P. tubercolare « a valvola » in cui ad ogni inspirazione, viene aspirata dell'aria nella cavità pleurica, mentre nell'espirazione l'apertura funziona da valvola ed in tal modo provoca una iperpressione. Nel P. del terzo gruppo invece, l'apertura di comunicazione si chiude ben presto e l'aria si riassorbe rapidamente, sicchè i sintomi sono chiari soltanto nel primo stadio e si fanno poi sempre più imprecisi. Sergent indica tali condizioni come « P. muto ». Nel P. aperto, in cui la pressione endopleurica si uguaglia a quella atmosferica, i segni fisici sono ridotti al minimo.

In contrapposto al P. del primo e secondo gruppo, quello del terzo ha prognosi favorevole *quoad vitam* e *quoad sanationem;* essa è influenzata dalle azioni di « shock », dai fenomeni di repulsione, dall'infezione pleurica e dalla diminuzione della superficie respiratoria. La repulsione del mediastino può costituire un pericolo mortale ed in seguito ad essa può aversi, con dispnea e collasso, la morte.

Tenuto conto che, nei casi di questo gruppo, la comunicazione è piccola e si chiude rapidamente, la possibilità di un'infezione della pleura è scarsa; l'esperienza insegna di fatto, che l'essudato o l'empiema sono molto rari in tali contingenze. Nel P. tubercolare, invece, l'80 % dei casi finisce con la morte per complicazioni, essudati, empiema, cachessia.

Poca influenza ha nei casi del terzo gruppo la riduzione della superficie respiratoria, in quanto che è dimostrato che, anche con solo un undicesimo della superficie respiratoria, si può fare ugualmente il necessario scambio gassoso.

Per quanto riguarda la terapia, si userà la morfina o simili contro il senso di angoscia, la dispnea e l'eccitamento alla tosse; nel collasso gli eccitanti, nella debolezza cardiaca acuta, i preparati di digitale per iniezioni endovenose. In condizioni nelle quali la vita sembra minacciata, si tenterà di ridurre il volume dell'aria mediante punture.

Passato lo stadio acuto, nei casi non complicati, basterà il semplice riposo in letto per 3-4 settimane. Se, dopo tale tempo, non si ha il riassorbimento dell'aria, si potrà procedere a qualche puntura.

FILIPPINI.

Pneumotorace spontaneo nel corso di affezione gastro-enterica acuta.

(A. MUGGIA, *Minerva medica*, 20 agosto 1927)

È particolarmente nei bambini che, sotto un forte aumento di pressione, la parete alveolare si lacera e l'aria si espande negli spazi interlobulari, donde facilmente guadagna la superficie del polmone, trattenutavi dalla pleura viscerale In questi casi, si parla di enfisema sottopleurico. Se poi la pleura, specialmente per lesioni concomitanti, non può resistere alla pressione, si rompe dando luogo ad un pneumotorace. Per lo più la pleura resiste, e solo si estende, permettendo la formazione di bolle sottopleuriche che si approfondano negli spazi interlobari fino all'ilo del polmone, dove l'aria invade il cellulare del mediastino e, successivamente, quello sottocutaneo. L'enfisema alveolare acuto porta più facilmente a quello cronico negli adulti, mentre nei bambini dà con una certa frequenza quello interstiziale; quando poi questo si è stabilizzato, si ha a preferenza nell'adulto il pneumotorace, ed invece nei bambini, l'enfisema mediastinico e sottocutaneo e solo raramente il pneumotorace.

La spiegazione di tale fenomeno si può fare risalire alla lassezza del connettivo sottopleurico, allo sviluppo dei linfatici sottopleurici, alla resistenza della pleura nei bambini, al fatto che in questi sono frequentissime le affezioni acute dell'apparato respiratorio con tosse insistente, nonchè alla condizione anatomica del tessuto polmonare che, nei bambini, si trova normalmente in una tensione elastica massima, per la

sproporzione fra il volume del polmone e la capacità della cassa toracica.

Nel caso osservato dall'A., si trattava di un bambino di 2 mesi e 1/2, con gastro-enterite, in cui si era notata immobilità dell'emitorace sinistro con ottusità timpanica e silenzio respiratorio, comparsa di énfisema sottocutaneo al collo ed al torace; all'esame radioscopico, presenza di pneumotorace a sinistra, con forte spostamento del mediastino verso destra e marcata retrazione del polmone verso l'alto.

Il bambino venne a morte ed all'autopsia si trovò il polmone sinistro in atelettasia totale, il destro uniformemente espanso ed aereato; alla base di entrambi, bolle di enfisema sottopleurico. Il polmone sinistro presenta inoltre una particolarità degna di rilievo: alla base di esso per viene un grosso vaso arterioso di dimensioni pressochè analoghe a quelle dell'aorta toracica e che da questa ha origine; aperta l'aorta, si rileva che tale vaso si diparte immediatamente a lato del punto di origine delle VII intercostali. Il punto della lacerazione pleurica si trovava là dove l'arteria bronchiale anomala faceva ponte nella pleura viscerale, per distribuirsi alla base del polmone; nessuna lesione del parenchima però si trovava in tal punto.

La comparsa dell'enfisema acuto polmonare nel corso di gastro-enterite è stata osservata anche da altri e riferita ad intossicazione proteica, considerandola come uno dei segni di perturbamento del sistema nervoso vegetativo. Anche nel caso dell'A. non figura nessuna delle affezioni che sono abitualmente in causa per la produzione del pneumotorace spontaneo. È da ritenersi che l'enfisema acuto interlobulare fosse legato alla affezione gastro-enterica e che l'insorgenza del pneumotorace sia stata favorita dall'anomalia arteriosa.

FILIPPINI.

Tubercolosi polmonare in gravidanza e pneumotorace artificiale.

(C. TENCONI e E. PISONI. *L'Ospedale Maggiore*, 31 maggio 1927).

I tisiologi e gli ostetrici sono ormai d'accordo nel riconoscere l'azione funesta che la gravidanza quasi sempre esercita sulla tubercolosi polmonare. Fino a poco tempo fa, la regola era di interrompere la gravidanza nei casi suscettibili di guarigione o di notevole miglioramento e di far proseguire la gestazione nei casi gravi, allo scopo di avere un bambino vivo e vitale.

Ma al giorno d'oggi i progressi nel campo della profilassi e della cura della tubercolosi polmonare, rendono possibile di seguire tendenze più conservative. I mezzi terapeutici cui si deve ricorrere sono: le cure sanatoriali ed il pneumotorace artificiale.

Il Sergent praticava già alcuni anni or sono il pneumotorace terapeutico in puerpere con tubercolosi latente, per evitare eventuali riaccensioni della malattia. Ma in questi ultimi anni i tentativi di cura del pneumotorace sono stati estesi anche a donne gravide affette da forme evolutive di tubercolosi: i risultati sembrano incoraggianti.

Gli AA. riferiscono intorno a quattro donne gravide affette da tubercolosi polmonare trattate con pneumotorace artificiale.

Una delle donne era pluripara e le altre primigravide, tutte nei primi mesi: tra le primigravide due presentavano lesioni specifiche in evoluzione, mentre le altre pazienti avevano lesioni inattive.

Il pneumotorace fu ben tollerato durante la gestazione: il parto ebbe luogo in modo completamente fisiologico; il puerperio fu normale. I bambini, di peso un poco inferiore al normale crebbero bene.

Gli AA. non pretendono trarre conclusioni dai pochi casi riferiti: tuttavia li ritengono sufficienti ad invogliare a fare numerosi tentativi specialmente nelle primipare ove l'indirizzo conservativo viene ad assumere capitale importanza.

VICENTINI.

CONFERENZE.

Paralipomeni della tisiologia.

(TURBAN. *Münch. Med. Woch.*, 1927, n. 33).

Scopo dell'A. è di far intravedere, con una corsa attraverso il campo della tisiologia, quanto sia ancora da fare in ogni singolo capitolo, da quelli più studiati e sviscerati a quelli il cui studio è ancora in via di sviluppo, dagli argomenti dei quali si parla e si scrive troppo, a quelli dei quali si è parlato e scritto troppo poco.

Il bacillo. — Tutti sanno quanto questo germe sia resistente alle temperature e agli agenti chimici. In parte ciò sembra dovuto alla sua membrana cosiddetta cerea, ma si potrebbe anche pensare che tutto il corpo bacillare fosse dotato di questa resistenza. L'A. ha fatto esperienze che provano come la acido-resistenza del b. di Koch ceda a temperature di 180°, e come anche la forma del bacillo ucciso e la sua colorabilità siano molto più persistenti alle alte temperature che quelle di altri bacilli. Ciò fa vedere che noi non possiamo sperare mai nella distruzione del germe nel corpo dell'ospite, che ogni chemioterapia agirà solo come terapia di stimolo specifica o aspe-

cifica sui tessuti dell'ospite, e che noi potremo solo distruggere il germe (e lo *dobbiamo*) quando venga eliminato dall'organismo.

Il terreno. — Se si considera la tubercolosi come malattia sociale, si vede quanto vi sia ancor da fare per lottare contro di essa, e soprattutto, oltre ad ottenere guarigioni isolate, come bisogna agire sulla costituzione, rialzandola con ogni mezzo possibile ed immaginabile.

Prima di tutto, intendiamoci sul significato della parola *costituzione*. Mentre alcuni intendono con questa parola di significare il peculiare modo di reagire di un individuo agli stimoli, non solo congenito, ma modificabile in seguito a varie influenze endogene ed esogene della vita postfetale, altri vogliono che la costituzione sia solamente un fatto ereditario.

L'A. dimostrò in un suo lavoro che una determinata parte di un determinato organo si può rivelare ereditariamente meno resistente alla infezione tubercolare che il resto dell'organismo. Ciò egli vide nella tubercolosi avanzata del polmone, al terzo stadio. Sarebbe opportuno ricercare se si verifichi lo stesso fatto nei primi stadî della malattia: forse no, poichè tutto fa pensare che le localizzazioni apicali tardive siano l'espressione di una reinfezione endogena più che di una reinfezione esogena (meglio si direbbe: superinfezione) nel senso di Aschoff.

[Questi concetti sono ora ammessi da tutti. Ma quanto spesso vien ritardato lo sviluppo della scienza dal fatto che una osservazione esatta viene rigettata senza essere controllata, sol perchè non è d'accordo col dogma!

Così Brehmer ebbe a lottare contro patologi e clinici, per sostenere il concetto della guaribilità della tubercolosi, allora negato, così Villemin trovò un oppositore della sua teoria sulla specificità e virulenza della tubercolosi in Waldenburg, il quale sosteneva che la malattia si poteva provocare anche con la inoculazione delle sostanze più eterogenee! Così infine, dopo la scoperta di Roberto Koch, ci fu chi sostenne (Dettweiler e Meissen) che la tubercolosi si sviluppa senza il bacillo, il quale entra in scena solo nella fase di caseificazione dei focolai tubercolari!].

Ma vi è di più: c'è chi ammette l'ereditarietà della disposizione alla tubercolosi anche rispetto all'epoca di insorgenza: i figli ammalerebbero all'età stessa nella quale ammalarono i genitori. Vi sono osservazioni in questo senso anche per altre malattie.

La diagnosi. — Anche in questo campo non si creda che non ci sia ancor molto da fare. La diagnostica fisica deve restare ancora parte dominante rispetto alla diagnostica radiologica, anche se molti attendono da questa ultima tutto, persino la prognosi esatta! I raggi X non ci possono dire tutto; anche la differenziazione di una forma attiva da una spenta è, col mezzo dei raggi X, difficilissima, talora anche impossibile.

La percussione è ora usata meno (e meno bene) di un tempo, quando Piorry la preconizzò. Ora si percuote troppo forte, sempre in una data maniera, col sistema digito-digitale o martello-plessimetrico, dimenticando quali ottimi servigi possano dare la percussione debole, la percussione palpatoria, la percussione col metodo digito-plessimetrico. Che diversi siano i risultati con le diverse tecniche di percussione, lo dimostra la polemica sulla percussione della colonna vertebrale (ottusità cardiaca posteriore che alcuni trovarono, altri negarono, altri estesero a un territorio anche più vasto di quello del cuore, specie in alto: discrepanze dovute a errori di apprezzamento e di tecnica plessimetrica, mentre si sa ora che l'ottusità è data bensì dal territorio cardiaco, ma anche dai pacchetti ghiandolari della biforcazione tracheale).

La percussione nei territorî paravertebrali e parasternali ci dà, se accuratamente eseguita, preziosi elementi di diagnosi differenziale tra le adenopatie tubercolari e quelle più voluminose da broncopolmonite influenzale, ed altre affezioni (struma, tumori del mediastino, aneurismi).

Altra discussione è quella fatta a proposito del triangolo di ottusità paravertebrale di Grocco nei versamenti pleurici, dal lato sano: è esso dovuto al fatto che il liquido dal lato malato passa al di là della spina dorsale verso il lato sano, o al fatto che l'effetto ipofonetizzante dell'essudato si estende al lato sano, o ad ambedue i fatti? Un'esperienza di Muralt provò che, se si poneva una borsa di gomma piena d'acqua sul dorso di un individuo sano, da un lato, proprio sopra il limite inferiore del suono polmonare, si aveva con la percussione dall'altro lato un triangolo di Grocco. Non solo, ma il triangolo si ingrandiva se si aumentava il contenuto d'acqua della borsa e viceversa.

Il che provò esser vera l'ipotesi enunziata per seconda più sopra, poichè l'essudato artificiale prodotto non attraversava la colonna vertebrale. E del resto, anche nei piccoli versamenti, nei quali il liquido non può passare al di là della linea mediana, si ha il triangolo di Grocco.

Non bisogna poi dimenticare che anche normalmente vi è un piccolo triangolo di ottusità paravertebrale bilaterale, in corrispondenza del punto nel quale il contorno mediale del polmone passa in quello basale.

Se tali incertezze offre la percussione, non di meglio ci presenta l'ascoltazione.

Così, il respiro aspro degli apici polmonari si

cambia, dopo molti atti respiratorî profondi, in murmure vescicolare quasi normale; il che prova che non a torto lo si può in parte attribuire all'influenza dei rumori muscolari, di quelli aponeurotici, di quelli pleurici.

E lo stesso dubbio può sorgere verso l'espirazione aspra a carattere bronchiale.

Un segno poco noto che denota con buona sicurezza la presenza di caverne, è il cambiamento dei rantoli: rantoli a grosse o medie bolle ascoltati a paziente in piedi o seduto, diminuiscono, o addirittura scompaiono o si invertono, ascoltando il paziente coricato, ciò per lo spostamento del secreto nella caverna.

Il cambiato reperto di rantoli o di respiro nelle caverne e nelle bronchiettasie a seconda se si ascolti prima o dopo l'espettorazione, è qualcosa di completamente diverso.

La terapia. — La terapia chirurgica della tubercolosi polmonare ha certamente distratta assai l'attenzione dalle cure mediche! Tra queste, la tubercolinoterapia è ancora molto da studiare e perfezionare. All'A. sembra si debba in linea generale attenersi al precetto di Neumann, che dice: Laddove la tubercolina è tollerata a forti dosi, è superflua, dove invece essa risveglia la febbre a piccole dosi, è necessaria. Resta anche a vedere se il suo meccanismo d'azione sia di natura specifica o se essa non agisca come una proteina eterogenea.

L'elioterapia ha un benefico effetto sulla tubercolosi, segnatamente nelle forme chirurgiche Ma l'insolazione non è tutto: anche l'alta montagna, senza vera e sistematica cura solare (come a Davos) vanta effetti curativi ottimi, anche nelle forme polmonari. Con essa pare anzi che le recidive e le riaccensioni di processi apparentemente guariti, siano meno frequenti. Ciò è forse dovuto al tono generale e muscolare rialzato e alla minor pressione atmosferica.

Le cure generali non vanno trascurate: l'iperalimentazione ha dato ottimi risultati, con pochi danni allo stomaco e molto giovamento per il ricambio; e ciò forse in parte è dovuto alla maggiore introduzione di vitamine, specie facendo largo uso di latte.

Rinforzare il cuore con opportuni accorgimenti igienici (caute ascensioni in montagna, o addirittura, quando è tempo cattivo, esercizî su una scala di legno opportunamente dosati) e terapeutici (bagni acido-carbonici) è ottimo precetto e che merita ulteriori studî e sviluppi. Esercizî respiratorî contribuiranno ad aereare gli apici polmonari.

Il sistema nervoso dovrà aver la sua parte di attenzioni. Ottima l'idroterapia, escludendone i casi gravi febbrili (docce, bagni tepidi e quasi freddi, molto brevi). Anche la cura della psiche è importante. La tossicità e la cronicità della malattia fanno sì che la psiche sia colpita. Sappiamo quale sia la caratteristica psichica del tubercoloso: egli passa dalla gioia più folle alla più nera malinconia con grande facilità. Inoltre riscontriamo in questi malati affaticabilità, irritabilità, labilità mentale, poteri volitivi indeboliti, elevata suggestibilità. Si noti di passaggio l'influenza benefica su questi disturbi della tubercolinoterapia, forse però dovuta, almeno in parte, alla suggestione.

È poi nota l'euforia premortale dei tisici, verosimilmente dovuta ad intossicazione dei centri da ossido di carbonio. Ma, oltre a questo, la coscienza della gravità della malattia e l'ozio del periodo di cura influiscono sulla psiche del tubercoloso.

Bisogna quindi distribuire piacevolmente e minuziosamente nella sua giornata il riposo, le passeggiate, i pasti, lo svago, convincerlo che egli, così facendo, lavora per la sua guarigione, rafforzare la sua volontà di guarire, andare incontro al suo stato d'animo, infondergli fiducia nel medico, ciò che è la base di ogni psicoterapia. L'interesse medico deve lasciare qui il posto all'interesse umano, e questa è la migliore psicoterapia.

Da tutto quanto precede, vedasi dunque quanto sia vasto il campo delle ricerche da compiere e quanto sia lungo il cammino da percorrere (e non si è certo sviscerato per intero l'argomento): ma per quanto lo scopo, l'annientamento della tubercolosi malattia sociale, non sia ancora raggiunto, non v'è dubbio che lo si dovrà un giorno raggiungere, e questo è il pensiero e la speranza di ogni medico.

GARRONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

AVEZZÙ GUIDO. *Le pleuriti pneumotoraciche.* Padova, Tip. e Libr. Antoniana, 1927.

Molto si è scritto e discusso sull'argomento delle pleuriti pneumotoraciche, ma non completo è stato l'accordo raggiunto circa la interpretazione di esse, specie su quanto riguarda la patogenesi

L'A. nello studio critico e clinico dell'argomento porta il contributo di una serie di osservazioni personali compiute con scrupoloso rigore, documentate di fatti accuratamente vagliati. Egli si dichiara convinto che la pleurite pneumotoracica

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

si manifesta solo quando la sierosa è affetta da manifestazioni tubercolari e giustamente considera tutti gli altri momenti eziologici invocati dai vari autori, come concause. Circa le classificazioni delle pleuriti pneumotoraciche, dopo avere passato in rassegna quelle numerose e varie proposte, egli basandosi su concetti anatomo-clinici distingue due forme fondamentali: quella acuta e quella cronica; e per ognuna di queste vari tipi in rapporto ai caratteri dell'essudato, e alle concomitanti alterazioni anatomiche della pleura. L'A. dopo avere trattato della eziologia e della patogenesi, e della sintomatologia, passa allo studio clinico delle pleuriti pneumotoraciche in base alla classificazione da lui proposta. Ampia trattazione trova lo studio dei caratteri chimici e cistologici dell'essudato. Da ultimo passa allo studio della evoluzione tardiva della pleurite pneumotoracica e alla cura e profilassi di essa.

La esposizione critica di quanto finora è stato scritto sull'argomento, lo studio completo e accurato delle osservazioni personali, rendono questa monografia particolarmente interessante, portando alla discussa questione il contributo della Clinica di Padova.

E. TRENTI.

TIDEY STUART. *Compression of the lung in the treatment of Pulmonary lesions.* Oxford Medical Publications. London, 1927. Prezzo 3/6.

È una monografia che fa parte della collezione delle pubblicazioni dell'Università di Oxford — ed è dedicata allo studio delle compressioni del polmone e particolarmente del pneumotorace nella cura delle lesioni tubercolari. Nei primi capitoli ad un cenno storico l'A. fa seguire la relazione di una sua visita a Torino nel 1898 dove ebbe modo di conoscere il Forlanini, indi riporta la relazione che egli fece al Congresso internazionale della tubercolosi a Parigi nel 1905. In altri capitoli l'A. riferisce una corrispondenza avuta col Wingfield e varie lettere scambiate col Forlanini. Nella II parte della monografia passa in rassegna i principi sui quali si fonda l'applicazione del pneumotorace, i vari metodi seguìti, e l'efficacia della compressione polmonare nella cura delle lesioni tubercolari.

TR.

NEUMANN W. *Die Klinik der beginnenden Tuberkulose erwachsaner.* II. Berlin, Springer 1924. Mk. 12.60.

È il II volume dell'opera del Neumann e comprende lo studio delle varie forme con le quali la tubercolosi esordisce. Particolare trattazione trovano le localizzazioni polmonari, in tutte le varie forme: da quelle ghiandolari, a quelle pleuriche, a quelle vere e proprie polmonari, sia essudative che produttive; che circoscritte o diffuse. In ogni capitolo, speciale svolgimento ha la parte semeiologica e in ogni problema sono portate le acquisizioni più recenti.

Il testo è corredato di numerosi schemi che permettono di avere rapidamente un chiaro concetto della localizzazione presa in esame.

TR.

CALMETTE A. *La Vaccination préventive contre la tuberculose par le B. C. G.* Paris, Masson et C.ie, 1927. Fr. 22.

La pubblicazione che ora compare sotto la direzione di Calmette e compiuta con la collaborazione di Guérin, di Boquet e di Nègre, raccoglie tutte quelle nuove vedute ed acquisizioni che in questi ultimi anni sono state pubblicate nei vari periodici, circa i nuovi tentativi di vaccinazione contro la tubercolosi. A tutti sono noti gli studi di Calmette e dei suoi allievi sulla vaccinazione antitubercolare e come egli si sia preoccupato di ottenere uno stipite di bacillo tubercolare attenuato, capace di determinare una infezione nell'organismo nuovo al contagio tubercolare, senza che a tale infezione seguano lesioni nocive, ma tale invece da provocare una netta immunità. A ciò Calmette è giunto coltivando con tecnica particolare uno stipite di bacillo tubercolare che egli ha indicato con B. C. G. (Bacillo Calmette Guérin). La vaccinazione di Calmette si fonda sul concetto di usare bacilli vivi ma avirulenti; solo a tale condizione egli ritiene che si possa effettuare una utile vaccinazione. In questo volume sono esposte tutte le particolarità di tecnica sia per le culture del B. C. G. che per l'allestimento del vaccino, ed inoltre sono ampiamente trattati i risultati sperimentali che hanno poi permesso l'applicazione del metodo all'uomo. La vaccinazione è stata da vari anni praticata, nei primi 10 giorni di vita, ai neonati di madre tubercolosa o viventi in ambienti infetti. Ora mentre fra i vaccinati la mortalità per tubercolosi è stata soltanto dell'1 %, fra i non vaccinati essa è stata del 24 %. Attualmente una più larga applicazione del metodo in Francia e altrove raccoglie i risultati necessari per un giudizio esatto sul valore del metodo.

La nuova pubblicazione del Calmette raccoglierà indubbiamente l'interesse di tutti gli studiosi di questo grande problema.

TRENTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le indicazioni del pneumotorace nella tubercolosi polmonare dell'adulto.

J. Rieux (*Journal des Praticiens*, 16 luglio 1927) rileva che il metodo di Forlanini è diventato in tutto il mondo il mezzo di azione curativo, profilattico e sociale più efficace che noi possediamo per la tubercolosi polmonare evolutiva, grave ed unilaterale. Ma esso non è da considerarsi che come un trattamento sintomatico e complementare della cura igienico-dietetica classica.

Nella pratica corrente, si devono distinguere due indicazioni della collassoterapia.

Una assoluta, di urgenza, diretta alle forme di tubercolosi polmonare acuta: tubercolosi congestiva con emottisi gravi e subentranti, tubercolosi ulcero-caseosa ad evoluzione rapida, polmonite caseosa, tubercolosi ilo-polmonare estensiva, P. spontaneo.

Ed una indicazione relativa o di opportunità, in cui il P. non è, come nelle forme precedenti, il primo tempo del trattamento. Essa è riservata alle forme di tubercolosi polmonare subacute o croniche: tubercolosi lobulare a focolai multipli, lobite tubercolare, congestione polmonare tubercolare, tubercolosi ulcerosa semplice, tubercolosi bilaterale, con lesioni discrete di un polmone. In tali casi, il P. si intraprende soltanto dopo avere tenuto in osservazione il malato, con una cura igienico-dietetica.

Il P. è poi controindicato nelle forme fibrose, nella granulia, nelle tubercolosi polmonari con altre localizzazioni gravi, specialmente addominali. Esso non dà alcun vantaggio nel trattamento della pleurite siero-fibrinosa, salvo quando il polmone sottogiacente è affetto da tubercolosi caseosa.

Quanto al P. bilaterale simultaneo, esso è di introduzione troppo recente per poter esprimere un giudizio in proposito ed è inoltre di esecuzione molto delicata. *fil.*

L'importanza del movimento mediastinico nel pneumotorace.

Di Martini (*Rivista di Patologia e Clinica della tubercolosi*, 1927) ritiene che l'azione terapeutica del pneumotorace debba attribuirsi essenzialmente al fattore meccanico, al collasso del polmone. Anche lo spostamento mediastinico, da alcuni ritenuto un inconveniente, è un elemento favorevole alla cura.

All'esame radioscopico del torace dei sottoposti alla cura del pneumotorace si osserva che durante gli atti respiratori il mediastino appare animato da un movimento pendolare. In effetti non è un'oscillazione in senso trasversale, ma in dipendenza della differenza di struttura e di fissazione del mediastino nelle sue parti anteriore e posteriore, è un movimento elicoidale.

Contrariamente a quel che si ritiene generalmente, l'A. opina che lo spostamento del mediastino verso il lato sano non è dovuto alla pressione negativa prevalente da detto lato. Normalmente l'azione dinamica della parete costale e del diaframma si applica solo sulla superficie polmonare con essi in contatto, ma quando il polmone è tutto isolato da uno strato di gas, la stessa azione dinamica trova modo d'applicarsi anche sul mediastino attraverso il ponte gassoso. E poichè il mediastino offre una resistenza minore di quella offerta dal polmone, è il primo a risentirne gli effetti. Viene perciò respinto durante l'espirazione ed attratto durante l'inspirazione.

La spinta e l'attrazione esercitata dalla pressa muscolare si esaurisce favorevolmente sul mediastino, risparmiando il pulmone. Questo quindi viene a trovarsi in una condizione ancor più favorevole agli effetti terapeutici. Di conseguenza lo spostamento mediastinico deve ritenersi un fatto propizio per la collassoterapia, anzi deve costituire l'indice del grado di collasso necessario per la cura. La iniezione di gas deve essere arrestata non appena compare il movimento pendolare del mediastino. DR.

Alcuni casi d'ascessi polmonari acuti trattati con lo pneumotorace.

La cura degli ascessi polmonari è spesso associata a grandi difficoltà per la posizione occupata nel polmone e per la grandezza raggiunta.

Talora è sufficiente, per ottenere la guarigione, il riposo in letto e l'uso di medicamenti espettoranti, mettendo durante la giornata il malato in posizioni che facilitano l'emissione del pus.

Se sono in causa agenti spirillari, il salvarsan trova la sua indicazione.

Gli americani hanno introdotto il metodo del lavaggio della cavità ascessuale attraverso ad un broncoscopio; ma si tratta di procedimento assai difficile e delicato.

Vi sono poi i metodi chirurgici, rappresentati dalla toracotomia con apertura e drenaggio della cavità, e lo pneumotorace artificiale. Il primo metodo è più indicato negli ascessi superficiali; il secondo invece andrebbe riservato per gli

ascessi profondi, onde evitare l'eventuale rottura della parete durante la compressione, con il conseguente svuotamento nella pleura.

H. C. Jacobaeus (*Acta Med. Scand.*, vol. LXV, 5-6) ha in tal modo trattato 3 casi, che guarirono in modo rapido e soddisfacente.

La formazione dello pneumotorace fu facilitata dall'assenza di adesioni pleuriche. È perciò indicato, qualora si voglia ricorrere a tale intervento, agire assai precocemente.

Il consiglio dell'A. è però di non insistere con lo pneumotorace, qualora non si osservi subito un miglioramento netto del paziente.

M. FABERI.

Il pneumotorace nella tubercolosi laringea infantile.

La tubercolosi laringea non deve più essere considerata, come una volta, inesorabilmente fatale. Essa, anche nel bambino, è bene curabile, come lo provano i quattro casi riportati da H. Caboche (*Ann. maladies de l'oreille, larynx, nez*, e *Presse médicale*, 10 agosto 1927), nei quali la guarigione è stata ottenuta in alcuni mesi mediante il P. ed è stata confermata dalla osservazione successiva.

Per spiegare tali guarigioni sembra che si debba invocare soprattutto la soppressione o l'attenuazione della tosse, di cui l'azione traumatizzante sulla laringe è ben nota. Il P. creerebbe un riposo relativo dell'organo, riposo tanto favorevole alla cura di tutte le localizzazioni tubercolari qualunque esse siano. *fil.*

Il trattamento delle pleuriti gravi purulente del pneumotorace.

È noto il quadro delle pleuriti purulente complicanti il P. Il malato, nel completo benessere, è colto improvvisamente da un brivido scuotente e da malessere generale. I brividi possono durare un'ora e più ed il malato è obbligato a mettersi a letto. La febbre sale gradatamente fino a raggiungere in breve i 39°,5-40°,5. La tosse disturba ogni tanto il malato, che si lamenta pure di forti dolori all'ambito polmonare in pneumotorace. La temperatura cade dopo qualche ora, generalmente verso il mattino, con sudori profusi, per riprendere poi preceduta, specie nei primi giorni, da brividi, nelle ore pomeridiane. Si ha la stessa figura clinica della setticemia comune.

Se il P. è a sinistra, si ha pure frequente nausea e vomito, che complicano il quadro. L'esame del torace rivela l'aumento progressivo del liquido; il guazzamento si va facendo sempre meno evidente. È facile anche riscontrare lo spostamento del mediastino e percepire un respiro soffiante, quasi bronchialoide, lungo la linea paravertebrale del lato sano. Il malato si va poi facendo sempre più pallido ed acquista l'aspetto di un intossicato.

Fra i diversi metodi proposti per la cura di queste pleuriti (pleurotomia, frenicotomia, oleotorace, drenaggio, ecc.), il metodo migliore sembra quello delle lavature della pleura, per la quale Muralt e Weiller usano il liquido di Jessen (Jodio g. 0,50; Joduro di potassio g. 1; Acqua sterilizzata g. 4000).

M. Ardizzone (*Minerva medica*, anno VI, n. 23) ha usato cn successo il metodo proposto da G. Malan, consistente nella lavatura della pleura mediante soluzione di lisoformio all'1 %.

Sono necessari a tale uopo: un ago da toracentesi, un aspiratore Potain, un apparecchio Forlanini, una siringa da 50 cmc. ed una pinza di Kocher. Il tubo di gomma che unisce l'ago al Potain, deve essere composto di due pezzi riuniti da un tubetto di vetro, su cui potrà innestarsi anche il tubetto di gomma dell'apparecchio Forlanini.

Sterilizzati, con la bollitura protratta, l'ago, i tubi di gomma del Potain e la siringa, si fa sedere il malato nella posizione più comoda, appoggiando le braccia su due cuscini, che tiene sulle gambe, oppure tenendosi a due guide legate in fondo al letto.

Si disinfetta il campo operatorio e lo si anestetizza a lungo con cloruro di etile, dopo di che si infigge l'ago, che è riunito per mezzo del tubo di gomma sopra detto al Potain; aspirando adagio, adagio, il pus defluirà nella bottiglia. Ogni tanto, previa chiusura con la pinza di Kocher della prima parte del tubo, si riunisce questo al manometro dell'apparecchio Forlanini che, tolta la pinza, ci darà la pressione endopleurica. Quando questa tenderà ad abbassarsi, ed il pus a defluire più scarsamente, si incomincia la lavatura pleurica, iniettando con la siringa una soluzione di lisoformio al 1-5 %, tiepida e sempre servendosi della prima parte del tubo di gomma riunito all'ago, ora chiuso, ora aperto per mezzo della pinza di Kocher, a seconda del momento dell'operazione.

La quantità della soluzione da adoperarsi non è fissa; l'operazione avrà termine quando il liquido di lavatura che fuoriesce sarà chiaro e non commisto a pus. Sempre tenendo conto poi del dato manometrico, se ne lasceranno nel cavo pleurico 20-80 cmc. per prolungare con essi la sterilizzazione pleurica.

Il malato non avverte in genere nè malessere nè dolore alcuno durante la lavatura; accenna invece generalmente dolorabilità al torace nelle prime 24 ore postoperatorie, per il liquido lasciato nel cavo pleurico.

L'A. riferisce tre casi trattati favorevolmente con tale metodo; due di essi sono stati curati nell'ambiente famigliare. *fil.*

Cura del pio-pneumotorace con le iniezioni di olio gomenolato.

La complicanza di un versamento purulento nel corso della collassoterapia, osserva Zuccola (*Rivista italiana di terapia*, 1927) è evenienza tutt'altro che rara, e rappresenta un notevole scoglio nell'ulteriore condotta terapeutica, sopra tutto per le sue ripercussioni sullo stato generale. Gli espedienti escogitati per arrestare al più presto il processo suppurativo non si contano. Dopo averli tutti enumerati, l'A. ritiene che la preferenza debba darsi al metodo di svuotamento del versamento pioide tubercolare formatosi durante una cura pneumotoracica, ogni qual volta il liquido raggiunge la 3ª-4ª costa e sopravvengono disturbi subiettivi di una certa entità; procedere ad un'abbondante lavatura della pleura con soluzione fisiologica fino ad ottenere un liquido opalescente; quindi iniettare olio gomenolato al 5 % nella quantità di 150-250 cmc. a seconda del liquido estratto.

Tale trattamento, consigliabile anche in caso di piotorace da rottura del pulmone, ha il vantaggio, in confronto della cura chirurgica, d'impedire la formazione di tragitti fistolosi a lentissima risoluzione, determinanti un progressivo stato cachettico.

Solo quando il piotorace è secondariamente infettato e la sintomatologia è grave, giova ricorrere alla toracoplastica o ad un'ampia apertura del cavo pleurico che permetta un rapido svuotamento, un ampio drenaggio e abbondanti lavaggi.

Il trattamento all'olio gomenolato, comunque, non è capace, secondo l'esperienza dell'A., ad impedire la formazione di aderenze. *dr.*

Esiste una ipotonia del diaframma nel pneumotorace terapeutico?

Sergent distingue quattro gradi di ipotonia diaframmatica consecutiva al pneumo:

1) abbassamento dell'emidiaframma con conservazione della forma in dôme o cupola;

2) abbassamento più accentuato con inizio di abbattimento della cupola diaframmatica;

3) abbassamento accentuato con scomparsa della forma a cupola: diaframma a forma di tetto;

4) abbassamento considerevole con inversione della forma del diaframma in cupola.

Bonorino, Udaondo e Vadone (*Arch. Méd. Chir. de l'app. Respiratoire*, n. 6, dicembre 1926) hanno ripreso lo studio di questo problema su 85 pneumotoraci. Essi praticano il pneumo a basse pressioni positive: — 2, oppure — 1 come pressione finale, e come Sergent hanno osservato fin dall'inizio un abbassamento della cupola diaframmatica. Ma in un caso specialmente hanno osservato un fatto di non facile spiegazione: in un caso una prima radiografia dimostrò una modificazione del diaframma corrispondente al 3º grado di Sergent. Poi si praticò una frenicotomia che doveva trasformare l'ipotonia in paralisi completa con accentuazione più grande dell'abbassamento; invece si ebbe il contrario. Una 2ª radiografia dimostrò che il diaframma era salito e divenuto convesso. Gli AA. ritengono perciò che in molti pneumotoraci nonostante la caduta e l'afflosciamento del diaframma non vi sia una vera modificazione del suo tonismo, ma per spiegare il fenomeno si debba ricercare qualche altra causa. L. TONELLI.

La glicemia nel corso del pneumotorace artificiale.

Dalle ricerche di T. Lucherini (*Tubercolosi*, marzo 1927) risulta che, dopo ogni applicazione pneumotoracica, si ha costantemente un modico aumento del tasso glicemico, in causa della diminuita ventilazione polmonare. Tale aumento si verifica già due ore dopo il P. e cresce lievemente e gradualmente nel corso delle 24 ore successive.

Dopo qualche giorno di distanza dall'introduzione di aria, la glicemia diminuisce e riprende i valori pressochè primitivi.

L'aumento della glicemia è in rapporto diretto con la quantità di aria immessa; ossia, più aria si introduce e più è alta la glicemia. Dopo il P. bilateraley in causa del maggior disturbo della funzione respiratoria, si ha forte aumento della glicemia. Durante gli ultimi rifornimenti, la glicemia presenta sempre lo stesso comportamento.

Le oscillazioni della glicemia sono in rapporto con il solo disturbo della funzione respiratoria e non dipendono dal decorso del processo tubercolare. *fil.*

L'espettorazione bacillifera e l'evoluzione di alcune tubercolosi croniche.

La presenza o l'assenza di b. di Koch nello espettorato non ha grande valore nella prognosi della tubercolosi, essendo notorio che forme anche giovanissime e ad evoluzione rapida possono non presentare mai o quasi mai bacilli nell'espettorato. Però Bue e Picat sostengono (*Paris Méd.*, vol. XVI, n. 1, 1º genn. 1927) che se si studia accuratamente non il volume della espettorazione e la presenza o assenza dei b. in questa in un dato momento, ma se si studia la continuità e la durata della presenza dei bacilli nello sputo si possono ricavare dei dati interessanti. Una espettorazione bacillifera *costante*, anche se minima è di cattivo augurio. Se si trovano permanentemente bacilli,

anche se lo stato generale è florido, ciò indicherebbe quasi sempre l'esistenza di una caverna e si dovrebbe, se possibile, tentare il pneumotorace. Il trovare i b. in modo intermittente, episodico, per corti periodi, a intervalli notevoli indicherebbe lesioni non grandi, atipiche e spesso curabili col sanatorio. Infine spesso in alcune forme torpide i b. possono persistere per anni nell'espettorato, ma in quantità così piccole che solo l'inoculazione nelle cavie può svelarli.

L. TONELLI.

NOTE DI TECNICA.

Un nuovo metodo di pneumotorace artificiale.

Freixas (*La Presse médicale*, 1927, n. 80) osserva che il P. artificiale può talora provocare delle conseguenze dannose, quali i riflessi pleurici, che comportano sempre una prognosi seria, e le embolie gassose.

Per evitare tali conseguenze e facilitare la pratica del P., l'A. consiglia di infiggere l'ago obliquamente, con decisione, in corrispondenza dell'VIII spazio intercostale, al principio del canale costo-vertebrale, nel punto dove la costa si appiattisce e si inclina al difuori della brusca curvatura dell'arco costale, dopo avere sentito bene il margine superiore della IX costa. L'ago deve essere introdotto il più che sia possibile, in modo da potergli dare una direzione parallela alla superficie interna della costa.

Si arriva così con facilità allo spazio pleurico virtuale posteriore. Dopo avere verificata l'immobilità dell'ago ed avere rilevato al manometro le oscillazioni caratteristiche, si inizia l'introduzione del gas, continuando a seguire con attenzione le oscillazioni manometriche e conformandosi alle indicazioni pratiche che esse forniscono.

Il metodo offrirebbe il vantaggio di non provocare complicazioni al passaggio dell'ago attraverso lo spazio intercostale e di offrire la maggiore probabilità di riuscita dal punto di vista del porre l'ago tra i due foglietti pleurici, scopo principale da raggiungere. *fil.*

L'importanza della tecnica per la riuscita del pneumotorace.

W. Newmann (*Wiener klin. Wochens.*, 20 genn. 1927) insiste sulla necessità di usare parecchi accorgimenti nell'allestimento del P. artificiale. Egli anzitutto consiglia l'uso di aria anzichè di azoto che sarebbe, secondo lui, irritante. È poi necessario non fare troppo frequenti rifornimenti; egli fa il secondo 8 giorni dopo il primo e poi aspetta due settimane prima di procedere al terzo, tre prima del quarto e non meno di quattro (talora 6-8) fra i rifornimenti successivi.

Per evitare lesioni del polmone è utile usare degli aghi piuttosto ottusi.

Nella statistica dell'A., si sono avuti notevoli essudati soltanto nel 6 % dei casi. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Farmacologia dell'ippocastano. — All'abb. n. 3468:

La corteccia e specialmente i frutti e i semi del Castagno d'India (*Aesculus hippocastanum*) contengono dei glucosidi saponoidi — l'esculina ed esculetina — e piccole quantità di acido tannico. Le prove cliniche, più di quelle farmacologiche ancora scarsissime, sembrano attribuire ai principî dell'ippocastano un' azione vasocostrittrice spiccatamente venosa. Così i preparati d'ippocastano vengono adoperati frequentemente contro emorroidi, varici e flebiti con effetti non sempre costanti, forse a causa della facile alterabilità dei principî attivi nelle comuni preparazioni galeniche. Fra queste si preferisce, più dell'estratto fluido e della tintura, l'*intrait* (polvere amorfa, grigio-giallastra, igroscopica, solubilissima nell'acqua, nella glicerina e nell'alcool debole), prodotto fisso, debitamente titolato col dosaggio emolitico. La dose media dell'*intrait* è di centigm. uno al giorno, sotto forma di pillole o di soluzione (a goccie). Si possono, però, somministrare anche due e persino tre centigm. Non sono segnalati disturbi cardiaci nè conseguenze spiacevoli negli arteriosclerotici. P. DI MATTEI.

All'abb. n. 345-4:

Può consultare i lavori che seguono, che sono i più recenti.

SPARACIO B. *Sul diabete mellito sifilitico.* Riforma Medica, 22 febbraio 1926.

LABBÉ. *Le diabète et la syphilis.* Académie de Méd., 1923.

LABBÉ e TOUFFLET. *Le rôle de la syphilis dans l'étiologie du diabète.* Ann. de Méd., 1923.

PICCARD e VELLNOT. *L'origine syphilitique du diabète.* Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp., 1921.

RATHÉRY. *Le diabète syphilitique.* Le Monde Médical, 1924.

VILLARET e BLUM. *Contribution à l'étude des rapports du diabète et de la syph.* Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp., 1922.

S. MARINO.

All'abb. n. 12952-4:

Per informazioni e iscrizione all'Istituto Clinico delle malattie della bocca in Bologna, scriva alla Direzione: via S. Vitale, 59.

Per informazioni e iscrizione all'Istituto Stomatologico Italiano in Milano, scriva alla Direzione: via Commenda, 19. A. PIPERNO.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Aiuto della Divis. Oculistica; L. 4800 e c.-v. Scad. ore 17 del 20 ott. Tassa L. 50. Età lim. 35 a. Titoli ed esami. Chiedere ann.

BRESCIA. *Amministrazione Provinciale.* — Coadiutore Laboratorio d'igiene. Scad. 20 ott. Vedi fasc. 39.

CAIAZZO (*Caserta*). — A tutto 30 ott.; L. 6000 (*sic*) e 5 quadr. dec.; L. 2000 cav.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.15; docum a 3 mesi dal 10 sett.; serv. entro 20 gg.

CODOGNÈ (*Treviso*). — Al 10 nov.; L. 8000 e 5 quadr. dec., oltre L. 700 uff. san. e L. 3500 cavallo od autom.; c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 25.

COMACCHIO (*Ferrara*). *Congregaz. di Carità* — Primario chirurgo direttore dell'Ospedale S. Camillo; al 30 ott.; vedi fasc. 37.

CORNEDO (*Vicenza*). — A tutto 20 ott., 1° reparto; L. 8000 p. 1000 pov., L. 300 ogni centinaio in più, L. 1800 (*sic*) cavallo od autoveicolo, L. 720 c.-v., 15 % serv. att., 6 quadr. dec.; tassa L. 50.15; doc. a 6 mesi dal 20 sett.

FORMELLO (*Roma*). — Scad. 50 gg. dal 30 ag. V. fasc. 39.

MAGNANO IN RIVIERA (*Udine*). — A tutto 20 ott.; stip. L. 8000; addizion. L. 2 oltre i 1000 pov.; L. 500 serv. att.; L. 800 se uff. san.; c.-v.; L. 1000 bicicl.; 6 quadrienni dec.; doc. a 6 mesi. Chiedere ann.

MANTOVA. — Medico aggiunto all'Ufficio d'Igiene. Proroga alle ore 17 del 31 ott. È richiesto il diploma di laurea esclusa ogni limitazione di data.

MARCIANA MARINA (*Livorno*). — Al 15 ott.; L. 11,500 e 5 quinq. L. 900, oltre L. 500 uff. san.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.15; doc. a 6 mesi dal 15 sett.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Due medici assistenti interni residenti nell'Ospedale Sanatorio Vitt. Eman. III per malati di tubercolosi, in Garbagnate. Scad. 29 ott. V. fasc. 40.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Scad. 31 ott., ore 18; due assistenti effettivi dei reparti per tubercolosi; L. 5500 e 2 bienni dec.; stanza; medaglie di L. 30 per servizi di 24 ore; età mass. 30 a.; tassa L. 50.10 alla Tesor.; docum. a 3 mesi dal 25 sett.; serv. entro 20 gg. Chiedere ann.

PRASOMASO (*Sondrio*). *Sanatorio Umberto I.* — 2° assistente. Scad. 20 ott. V. fasc. 40.

SULMONA. *Casa Santa dell'Annunziata.* — Assistente di chirurgia dell'Osped. Civ.; L. 3000 (*sic*) lorde; eventuali proventi per servizi speciali (*sic*). Scad. ore 12 del 25 ott. Età mass. 35 a. Tassa L. 50.

TARANTO. — Direttore sezione medico-micrografica del laboratorio prov. di igiene. Scad. 31 ott. Vedi fasc. 39.

TRONZANO V. (*Vercelli*). — Scad. 1 nov.; 2ª cond.; L. 7000 per 300 pov.; addiz. L. 4; p. trasp. L. 2000; 2 c.-v.; tassa L. 50.05.

NOTIZIE DIVERSE.

Il Congresso Italiano di Pediatria.

Il 28 settembre, alle ore 10.30, nell'Aula Magna della R. Università di Napoli ebbe luogo la solenne inaugurazione del XII Congresso italiano di pediatria.

Erano presenti S. A. R. la Duchessa d'Aosta, l'Alto Commissario S. E. Castelli, il R. Commissario comm. Montuori, il Rettore Magnifico prof. Bottazzi, molte altre autorità civili, militari e fasciste, numerosi clinici e medici napoletani e circa 500 congressisti fra i quali i maggiori cultori della scienza pediatrica, nonchè i direttori di quasi tutte le cliniche ped. d'Italia. Parlarono il prof. Bottazzi, il R. Commissario comm. Montuori e il prof. Jemma, il quale nella sua qualità di Presidente del Comitato ordinatore del Congresso ha rivolto un pensiero riconoscente al Governo Nazionale che nel rinnovamento di Napoli non ha trascurato l'infanzia dotando la città di una clinica che sarà un ospedale modello per i bambini. Ha illustrato la genesi della legge sulla protezione della maternità e dell'infanzia, soffermandosi su quanto ebbe a dire il Capo del Governo nella storica seduta del 27 maggio. Ha parlato poi delle colonie marine e montane ricordando le benemerenze dell'on. Blanc, ed ha espresso i sensi di ammirazione per l'alto Commissario on. Castelli che ha definito il migliore e vero artefice della rinascita di Napoli, ove sorgeranno istituti e sanatorî in cui i bambini sofferenti saranno restituiti validi e forti alla famiglia, alla società, alla Patria.

Il Congresso in fine di seduta ha inviato telegrammi di devozione e di omaggio a S. M. il Re ed all'on. Mussolini.

Il Congresso si è svolto attivamente fino al 1° ottobre. Pubblicheremo prossimamente un resoconto dei lavori. A sede del futuro congresso, che avrà luogo nel 1929, è stata scelta Perugia.

Congresso di Laringo-Oto-Rinologia.

Il XXIII Congresso della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia avrà luogo in Parma nei giorni 22, 23, 24 ottobre in continuazione ai Congressi delle Società di Medicina e di Chirurgia.

Il tema delle relazioni è: « Funzione olfattiva, gustativa e respiratoria nasale in rapporto alla Clinica ». Relatori i proff. G. Bilancioni (Pisa) e S. Baglioni (Roma).

La Presidenza (prof. Brunetti, Venezia, Ospedale Civile) ha prorogato di qualche giorno il termine utile per l'invio del titolo dell'unica comunicazione cui ogni socio ha diritto. È opportuno avvertire se la comunicazione verrà illustrata da diapositive, cinematografie o dimostrazione di preparati. È obbligatorio consegnare alla Segreteria il testo completo e un breve riassunto della comunicazione non appena svolta.

I documenti di viaggio per le riduzioni ferroviarie non verranno spediti altro che ai soci che ne facciano espressa richiesta al prof. Lasagna, presidente del Comitato organizzatore in Parma (Clinica Otoiatrica, R. Università). Tale richiesta dovrà esser fatta entro il 30 settembre.

Data la difficoltà degli alloggi si fa viva preghiera di comunicare per quante persone si voglia fissare le camere, indicando se si desidera risiedere a Parma o a Salsomaggiore (mezzi di trasporto gratuiti). È incaricato per gli alloggi il prof. U. Tassi (Parma, via Farini, 21).

Le sedute scientifiche avranno luogo nei giorni 22 e 24: il 23 (domenica) vi sarà una gita a Salsomaggiore con visita e illustrazione dei RR. Stabilimenti Termali.

Contemporaneamente al Congresso verrà tenuta una importante esposizione di strumenti scientifici-chirurgici e prodotti farmaceutici. Per la esposizione è incaricato il dott. Mantovani (Rimini, Casella Postale n. 42).

Il Convegno internazionale di idrologia medica.

Il giorno 12 ottobre, alle ore 11, nell'aula massima del Palazzo Senatorio, gentilmente concessa dal Governatore di Roma, avrà luogo l'inaugurazione del terzo Congresso della Società internazionale di idrologia medica, società che ha sede in Londra e della quale la Presidenza quest'anno è toccata all'Italia.

Al Congresso partecipano 179 stranieri e 90 italiani. I più insigni cultori della scienza idrologica hanno fatto pervenire comunicazioni del più alto valore scientifico, che documenteranno le notevoli conquiste compiute anche ad opera di studiosi italiani in una branca della medicina, finora quasi negletta.

Lo Stato fascista concedendo notevoli riduzioni di viaggio, ha indirettamente assicurato un grande successo all'assise scientifica.

Il Congresso s'apre in Roma il 12 ottobre e continua poi a Montecatini (14-15 ottobre) e termina a Salso. Da Roma a Montecatini e da Montecatini a Fidenza i congressisti avranno treni speciali.

Parteciperanno al Congresso i ministri d'igiene d'Inghilterra e Cecoslovacchia, un rappresentante della Germania e l'arciduca Francesco Giuseppe (Budapest), cultore stimato di medicina.

Come a Roma, anche a Montecatini ed a Salso si preparano degne accoglienze.

Il Comitato ordinatore, del quale fanno parte con l'on. Gabbi, il senatore Queirolo ed i professori Devoto (Milano), Barduzzi (Bagni S. Giuliano), Sgobbo (Napoli), Giuffrè (Palermo) e Piccinini (Milano), e del quale sono segretari i professori Ruata e Vinaj, sta svolgendo opera assidua perchè il successo superi quello dei precedenti congressi.

Congressi Riuniti di Parma.

Tutti i colleghi iscritti sono invitati ad assicurare tempestivamente il loro intervento, affinchè si possa provvedere ad una adeguata distribuzione degli alloggi.

I colleghi sono anche pregati di voler corrispondere tutto il loro dare, comprese le eventuali quote arretrate.

Il « Giornale di Clinica Medica » ha provveduto a pubblicare con ammirevole solerzia l'elenco integrale delle comunicazioni annunziate.

Il VI Congresso nazionale delle stazioni di cura.

Si è adunato ad Abbazia il VI Congresso nazionale delle stazioni di cura, soggiorno e turismo. Sono stati discussi importantissimi problemi turistici con speciale riguardo alle varie forme di propaganda all'interno e all'estero, ai servizi ferroviari e ai provvedimenti finanziari. Particolare interesse hanno destato le relazioni del direttore generale dell'E. N. I. T. e del segretario del Touring Club sulla propaganda, di Darioski sulla necessità di un quotidiano prevalentemente turistico, del podestà di San Remo sulla situazione della Riviera di Ponente e del dott. Magnani sul programma generale del Consorzio nazionale delle stazioni climatiche.

Il Congresso ha chiuso i suoi lavori presenti il Prefetto della Provincia, il direttore generale dell'amministrazione civile al Ministero dell'Interno comm. De Ruggero e le autorità locali. Il presidente del Congresso prof. Rebucci ha pronunciato brevi parole esprimendo l'augurio che il Governo fascista continui sempre a tutelare gl'interessi di tutte le stazioni italiane di cura e turismo.

Associazione italiana fascista per l'igiene.

Delegato come fiduciario dalla presidenza generale, il prof. Giuseppe Pecori, direttore dell'Ufficio d'Igiene e ufficiale sanitario del Governatorato di Roma, ha convocato un'assemblea straordinaria con l'intervento di numerose personalità del mondo medico e magistrale per la ricostituzione della Sezione del Lazio dell'Associazione Italiana Fascista per l'igiene.

L'assemblea, numerosa, preso atto delle comunicazioni del prof. Pecori e della relazione fatta dal segretario generale dott. Palomba, dopo elevati discorsi dei prof. Zannelli, Senisi, Giannini e di altri, ha proceduto alla costituzione della Sezione ed ha acclamato il prof. Giuseppe Pecori presidente della Sezione del Lazio.

Viene nominato segretario della Sezione il dott. Ignazio Serafini.

Al Congresso di stomatologia.

L'on. prof. Amedeo Perna ha avuto di questi giorni una grande e meritatissima onorificenza: gli stomatologi italiani, riuniti a congresso a Milano, gli hanno offerta una medaglia d'oro per le sue benemerenze scientifiche e per la sua opera di uomo politico a favore del progresso della stomatologia d'Italia. Il Presidente dei confederati riuniti a congresso, prof. Dimeut, glie l'ha consegnata, in una solenne seduta, facendo un lungo

elogio dei suoi meriti scientifici. L'on. Perna, che nelle lotte politiche ha mostrato vivacità e coraggio di pensiero, è nella sua scienza, che egli insegna all'Università di Bari, insigne, e per le sue memorie scientifiche, e per la sua esperienza di medico e di chirurgo.

Ci congratuliamo sinceramente con lui.

Per dare ali alla Patria.

Il Segretario generale del Sindacato Nazionale Medico Fascista, dott. Arnaldo Fioretti, rileva su « La Federazione Medica » che nel campo medico sono sorte iniziative lodevolissime e veramente patriottiche affinchè i medici italiani offrissero con una sottoscrizione nazionale uno o più velivoli alla nostra aviazione. Stima che ogni iniziativa deve rimanere circoscritta nell'àmbito delle singole provincie. L'elenco dei medici che avranno sottoscritto in ogni provincia, sarà pubblicato su « Il Lavoro d'Italia », organo nazionale dei Sindacati Fascisti e su « La Federazione Medica ». Apparirà così a tutta la Nazione il contributo effettivo di fede dato anche in questa occasione dai medici italiani.

Per espresso volere del Duce, le sottoscrizioni debbono avere veramente carattere popolare, debbono cioè essere formate di piccole quote volontarie.

I Sindacati Provinciali Medici Fascisti si metteranno in rapporto coi rispettivi Uffici Provinciali della Confederazione Nazionale Sindacati Fascisti e ne seguiranno le istruzioni. A sottoscrizione avvenuta invieranno a « La Federazione Medica », via Lucchesi, 31, Roma, un elenco esatto dei sottoscrittori con l'indicazione delle quote da ciascuno versate.

Il primo aeroplano sanitario italiano.

Costruito nelle Officine meccaniche di Marina di Pisa, fu portato a Roma in volo, sul Campo di Centocelle, il primo nostro Aeroplano Sanitario, dal nome di « Mercurio ». Al Campo convennero per l'occasione molte autorità scientifiche, mediche e militari, ricevute dal ten. colonn. medico Di Nola, direttore del Servizio Sanitario dell'Aeronautica, il quale fece gli onori di casa, guidando alla visita dell'apparecchio e dimostrando la praticità della costruzione e dell'attrezzatura, essendo esso dotato di una comoda cabina che può servire pel trasporto in barella di due feriti o malati gravi, di quattro feriti trasportabili seduti e di un medico oltre i due piloti, manovranti nei loro posti anteriormente collocati rispetto alla cabina dei feriti.

I visitatori poterono anche compiere un giro pittoresco controllando così in un volo di un'ora le ottime qualità del « Mercurio », che onora la nostra industria.

Missione medica argentina per lo studio del cancro.

I medici argentini Francesco Sadi Fonso e Arturo Neumann, accompagnati dal segretario della « Revista de Medicina » dott. Edmondo Fonso, sono venuti in Europa per studiare ed osservare le organizzazioni per la prevenzione e la cura del cancro, dovendo poi fondare a Rosario un grandioso istituto per la cura del cancro.

Dopo aver visitato Lisbona, Parigi, Londra sono stati a Roma; i colleghi argentini si recheranno anche in Austria, Turchia e Russia.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

☛ *Pubblicazione di eccezionale interesse:*

Prof. CARLO BASILE Diplomato in Medicina tropicale al Royal College of Physicians y Surgeons di Londra
Libero Docente in Parassitologia - R. Clinica Medica di Roma.

Diagnostica delle malattie parassitarie

Prefazione del prof. VITTORIO ASCOLI: Clinico medico di Roma.

Ci sia consentito di riportare quì appresso la Prefazione con la quale il prof. **ASCOLI**, si è compiaciuto fregiare il nostro volume.

« La parassitologia, ove comprenda lo studio di tutte le specie di germi infestanti l'uomo e quello dei rispettivi ospiti intermediari, e quando si protenda a delineare le forme cliniche conseguenti e a dettare norme precise di diagnosi, costituisce un campo vasto di dottrina che negli ultimi anni è stato profondamente trasformato e con molto sollievo dell'umanità coltivato. Un insegnamento che istradasse i giovani medici alla pratica parassitologica è stato da vari anni introdotto nella mia Clinica. Trovai la persona bene indicata nel prof. **Basile**, il quale prima per molti anni s'era occupato di parassitologia sotto la guida d'un maestro prezioso, **Battista Grassi**, e poi s'era perfezionato, diplomandosi alla Scuola Tropicale di Londra. Ne trassero soddisfazione e vantaggio i miei allievi. Stimai quindi opportuno di consigliare il prof BASILE di mettere a profitto dei medici italiani i frutti della sua profonda e precisa preparazione biologica e della sua pratica d'insegnamento. Il prof. BASILE ha sacrificato la legittima soddisfazione di scrivere un bel trattato per raggiungere lo scopo di renderlo sopratutto *dimostrativo ed utile* ai medici. Messe da parte le nozioni generali di zoologia e di patologia, e così pure evitata ogni discussione su argomenti controversi (nel che è facile sfoggiare la cultura e le virtù dell'ingegno), l'autore si è imposto il rude e difficile compito di condensare in proposizioni nitide e serrate le verità acquisite, nude d'ogni illustrazione non strettamente necessaria. La stringatezza dell'esposizione è così armonicamente combinata ad una grande ricchezza di precise tabelle riassuntive e di figure evidentissime che rende il libro veramente singolare. Più cose che parole: le cose, certe; le parole, chiare. Lo studioso ha davanti un trattato ch'è al corrente del progresso in una materia di natura complessa e di rapida evoluzione: il pratico una guida sicura per la tecnica e la valutazione d'ogni ricerca parassitaria: e l'uno e l'altro vi troveranno documentata la larga e profonda preparazione dell'autore e la sua rigida probità scientifica. L'editore ha secondato gli sforzi del prof. BASILE, curando la precisione del testo e la finitezza delle figure. Mi lusingo pertanto che i medici italiani condivideranno il mio giudizio sulla opportunità d'un trattato del genere e sull'indovinata esecuzione del presente volume di *DIAGNOSTICA PARASSITARIA*. Un sicuro successo l'attende ».

V. ASCOLI.

Perchè i lettori del « Policlinico » possano, prima di inviare l'importo del volume, avere un criterio dell'importanza della pubblicazione ne diamo qui di seguito l'Indice Generale:

PREFAZIONE. — PARTE I. PROTOZOI. - CARATTERI GENERALI: MORFOLOGIA, FISIOLOGIA, RIPRODUZIONE - CLASSIFICAZIONE - STUDIO SISTEMATICO DEI PROTOZOI PARASSITI. - I. PROTOZOI INTESTINALI: *A*) AMEBE INTESTINALI DELL'UOMO: Caratteri differenziali; Azione patogena - *B*) FLAGELLATI INTESTINALI DELL'UOMO: *Polimastigina*: morfologia; *Protomonadina*: *morfologia;* Azione patogena - *C*) SPOROZOI INTESTINALI DELL'UOMO: *Coccididae*: morfologia; Azione patogena - *D*) CILIATI INTESTINALI DELL'UOMO: *Balantidium coli*: morfologia; *Nyctoterus faba*: morfologia; Azione patogena. - MODO DI TRASMISSIONE DEI PROTOZOI INTESTINALI PATOGENI. — II. PROTOZOI DEL SANGUE: *A*) EMOFLAGELLATI: *a*) *Tripanosoma*: morfologia, trasmissione, azione patogena; *b*) *Leishmania*: morfologia, trasmissione, azione patogena - *B*) EMOSPORIDII: *Plasmodidae*: morfologia: riproduzione asessuale; morfologia: riproduzione sessuale; trasmissione; azione patogena; alterazioni fondamentali; alterazioni collaterali: forme cliniche: malaria acuta, tipi febbrili, sindromi cliniche; malaria cronica: malaria latente; successioni morbose - *C*) SPIROCHETI: *a*) *Treponema*: morfologia; trasmissione; azione patogena. Infezioni del sangue: febbre ricorrente (tipi clinici): infezioni dei tessuti: sifilide, framboesia; *b*) *Leptospira*: morfologia; azione patogena: ittero infettivo, febbre gialla, febbre dei sette giorni, sodoku; *c*) Altre spirocheti: broncospirochetosi - Tecnica diagnostica: protozoi intestinali: esame microscopico; protozoi del sangue: esame microscopico: cultura. - Puntura della milza e del midollo osseo.

PARTE II. METAZOI. - STUDIO SISTEMATICO DEI METAZOI PARASSITI. - I. PLATELMINTI: *A*) TREMATODI: Parte generale - Classificazione - Distribuzione topografica: *a*) Trematodi dei polmoni; *b*) Trematodi del fegato; *c*) Trematodi dell'intestino; *d*) Trematodi dei vasi sanguigni; *B*) CESTODI: Parte generale - Classificazione - Distribuzione topografica: *a*) forme intestinali: 1° PSEUDOPHILLIDEA; 2° CYCLOPHILLIDEA; azione patogena; *b*) forme somatiche: 1° CISTICERCUS CELLULOSAE: 2° SPARGANUM MANSONI: 3° ECHINOCOCCUS; azione patogena; diagnosi. — II. NEMATELMINTI: *A*) NEMATODI: Parte generale; Classificazione: *a*) Ascaride: morfologia, trasmissione, azione patogena; *b*) Anchilostomide: morfologia, trasmissione, azione patogena; *c*) Strongylide: morfologia; *d*) Filaride: allo stadio adulto, allo stadio embrionale, trasmissione, azione patogena; *e*) Dracunculide: allo stadio adulto, allo stadio embrionale, trasmissione, azione patogena; *f*) Oxiuride: morfologia, trasmissione, azione patogena; *g*) Angiostomide: morfologia, trasmissione, azione patogena; *h*) Tricosomide: morfologia, azione patogena; *i*) Trichinellide: morfologia, ciclo evolutivo, azione patogena. - Tecnica elmintologica: Esame per vermi allo stadio adulto - Esame per vermi allo stadio larvale e di uovo. Conservazione dei vermi allo stadio adulto e larvale -, Cultura di Strongyloides-Ankylostoma Necator.

Un volume in-8 di pagg. XII-262 (N. 8 della Collana Manuali del « Policlinico ») stampato su carta semipatinata, con 91 figure e 18 tavole intercalate nel testo, più 2 tavole a colori fuori testo.

Prezzo L. **33.** Per i nostri abbonati sole L. **29,75** in porto franco.

Inviare Vaglia Postale all'Editore LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 — **ROMA.**

ANNO XXXIV Roma, 17 Ottobre 1927 Fasc. 42

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Arsenobenzolo e chinino nella terapia delle nevralgie essenziali del trigemino.

Prof. Dott. ALBERTO FURNO
Docente di patologia med. nella R. Un. di Genova.

Tutti i medici pratici sanno quali difficoltà presenti la cura delle nevralgie del trigemino, che sono, tra le forme dolorose parossistiche, le più frequenti, le più angosciose e le più tenaci; a centinaia sono stati pubblicati metodi e studi di terapia, che vanno dalle cure più semplici e più innocue, fino agli interventi chirurgici più audaci e più complessi.

Io ritengo di compiere un dovere, dopo otto anni di esperienza, facendo conoscere un metodo di cura semplice, pratico ed efficace, che adotto nei casi di nevralgie essenziali del V, soprattutto in quelle forme tenaci, ricorrenti, recidivanti, che non avevano ceduto ai comuni antinevralgici ed alla terapia elettrica.

Quando parlo di nevralgia essenziale del V paio, io intendo quella forma dolorosa accessionale parossistica, quasi sempre unilaterale, che colpisce per lo più qualcuno dei suoi rami principali, e che non ripete la sua causa da un'infezione specifica (malaria o sifilide) o da un processo morboso endo-cranico contiguo (tumori, meningiti, carie, fratture, aneurismi della carotide interna) o da lesioni del mascellare o della mandibola, o della fessura orbitaria, o della fossa pterigopalatina.

L'eziologia della prosopalgia essenziale resta per lo più oscura nella maggioranza dei casi clinici; può essere stata preceduta la sua insorgenza da un'infezione influenzale, da un raffreddamento improvviso: senza dubbio i pazienti moltissime volte non sanno precisare il momento e l'episodio che scatenò l'affezione dolorosa. Certo è una malattia tutta particolare che ha in sè ancora del mistero, e che può assumere aspetti così strani e così varii da farne una delle forme morbose più preoccupanti per il medico e per il malato.

Riportandomi alle vecchie prescrizioni mediche che nelle nevralgie del trigemino consigliavano l'arsenico e il chinino, io ho sempre, fin dall'inizio della mia pratica medica, trattato queste

forme con preparati arsenicali nelle dosi più generose che mi era possibile con i preparati galenici più in uso, e con chinino.

Avevo risultati buoni e risultati negativi, a seconda della gravità dei casi. Dopo la guerra, nel 1919 io ebbi occasione di trattare alcuni casi di nevralgie del V in sifilitici ed in malarici.

Guidato dalla pregressa sicura infezione luetica e palustre io instaurai una cura sistematica arsenobenzolica a cui associai, a scopo antinevralgico, il chinino, in ragione di gr. 2 al giorno diviso in cartine di gr. 0,50 ciascuna da prendere al mattino, a mezzogiorno, alle 16 e alla sera tanto nei luetici che nei malarici. L'effetto fù rapido e positivo, nel senso che la nevralgia scomparve e non recidivò.

Ma si trattava di luetici e di malarici, in cui tali effetti potevano e dovevano essere più che attesi.

Ad ogni modo io volli adottare lo stesso mezzo terapeutico anche in soggetti colpiti da prosopalgia e nei quali era assolutamente da escludere sia per le notizie anamnestiche ben raccolte, sia per la negatività della Wassermann nel siero di sangue ed in alcuni anche nel *liquor* che fossero dei luetici o dei malarici.

Fino ad oggi, dal 1920, io ho raccolto 19 casi di nevralgia del trigemino, essenziali, che ho trattato tutti con esito fortunato con le iniezioni di arsenobenzoli e con la somministrazione di cloridato di chinino per bocca.

Di questi 19 casi, 8 potevano considerarsi forme gravi, in quantochè da oltre due-tre anni andavano soggetti ad accessi parossistici dolorosi ogni tre-quattro mesi ed anche più spesso, che duravano 12-24 ore e non cedevano agli antinevralgici; a poco a poco la nevralgia si attenuava e cessava, per ricomparire dopo un periodo di tempo più o meno lungo. Nonostante le cure ricostituenti ferro-arsenicali eseguite più volte negli intervalli tra un accesso e l'altro, nonostante ogni riguardo nel regime, nel sistema di vita, gli attacchi si ripeterono con una regolarità ossessionante ogni periodo di 3-4 mesi di sosta.

Quando vennero fatte le mie osservazioni, erano stati già precedentemente curati da altri colleghi, nel miglior modo possibile, ma con i resultati che ormai ho già detto. Perciò iniziai subito una cura con arsenobenzoli e chinino. Di questi otto casi gravi, cinque furono trattati con arsenobenzoli per via endovenosa, adoperandoli in dosi progressive da gr. 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, 0,75, così come per la lue; associando il bicloridrato di chinino per via orale in ragione di gr. 2 giornaliere in 4 volte con cartine di gr. 0,50 ciascuna volta e ciò per tutto il tempo durante il quale continuavo la cura arsenobenzolica. La dose complessiva di arsenobenzolo fù in questi 5 casi di circa gr. 5, ottenuta ripetendo la dose di gr. 0,60 o di gr. 0,75 più volte.

Tre casi pure gravi furono curati con arsenobenzoli per via intramuscolare, in dosi progressive, seguendo gli stessi criteri che si sogliono tenere nelle cure antiluetiche; anche di questi la dose globale fu di circa 5 gr.; ed anche in questi associai naturalmente il bicloridrato di chinino.

Cinque casi gravissimi furono tutti trattati con novarsenobenzolo, con lo stesso sistema già descritto e con dosi di bicloridrato di chinino uguali. Si trattava di soggetti da molto tempo afflitti da nevralgie accessuali parossistiche intensissime, per i quali erano stati inutili i mezzi terapeutici esperimentati. A questi non rimaneva che tentare l'intervento chirurgico che per alcuni era già stato consigliato: guarirono tutti relativamente presto.

Sei casi di media intensità furono trattati parte con iniezioni endovenose, parte con iniezioni intramuscolari di arsenobenzoli e bicloridrato di chinino per bocca. Si trattava di forme molto più leggere, alcune di durata anche relativamente corta, che però non era stato possibile guarire con i mezzi usati comunemente in pratica.

In questi furono somministrati globalmente 3-4 gr. di novarsenobenzolo e guarirono bene e rapidamente.

Il decorso che questi casi durante il trattamento presentano abitualmente è il seguente: nelle forme più leggere dopo le prime 2-3 iniezioni, anche se sono intramuscolari, si notava subito un miglioramento e talvolta anche la scomparsa della nevralgia; proseguivo egualmente le iniezioni e la somministrazione di chinino per bocca, nello stesso senso progressivo le prime e nella stessa dose il secondo, per assicurarmi di fronte ad ogni eventuale recidiva. I casi leggeri infatti così trattati, non dettero mai ricadute di sorta.

Nelle forme gravi e gravissime, talora la nevralgia persisteva più a lungo; però anche in queste dopo 2-3 iniezioni, specialmente se endovenose, gli attacchi nevralgici non eran più così forti nè così tenaci, nè così frequenti come per il passato, soprattutto si lasciavano meglio influenzare dall'azione sedatrice di uno dei comuni calmanti che si usano in tale forma e che prima delle iniezioni lasciavano il tempo che trovavano.

Tutti guarirono senz'altra terapia e nessuno ch'io mi sappia ha recidivato più di una volta. Mi è capitato infatti di avere in qualche malato una guarigione per alcuni mesi seguita da nuovo attacco nevralgico; ripetuta la cura arsenobenzolica-chininica non si ebbero mai più attacchi. Ciò mi è capitato sia facendo le iniezioni endovenose, che intramuscolari.

Durante il trattamento, se il paziente non poteva assolutamente accudire alle proprie occupazioni per l'intensità del dolore, per la frequenza con la quale gli accessi si ripetevano, li tenevo in letto con una dieta molto leggera, in ambiente caldo. Altri invece potevano bene lavorare, e fecero la cura ambulatoriamente senza mai abbandonare le proprie mansioni.

Spesso dovevo nei primi 10-15 giorni di cura ricorrere a qualche antinevralgico per arrestare l'attacco doloroso; in questi casi aggiungevo al chinino il piramidone o la antipirina e la fenacetina (gr. 0,20 di ognuno).

Poichè io non ho avuto da registrare fino ad ora un solo insuccesso terapeutico, così non posso neppure dire se sia il caso di insistere oltre il tempo che a me fù necessario, nelle eventuali forme più gravi e più resistenti.

Oserei però affermare che se capitassero nevralgie molto tenaci a guarire, si dovrebbe persistere a lungo nel trattamento, cercando di renderlo più energico, adottando la via endovenosa e dosi più ravvicinate ed elevate.

Ho voluto esporre questo metodo di cura che, per quanto abbia cercato, non ho veduto da altri mai adoperato, perchè desidero che sia conosciuto da quei colleghi, che, avendo un numero grande di ammalati e con forme anche più gravi, lo possano sperimentare e cimentare alle prove più ardue.

Genova 6 giugno 1927.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

SEZIONE CHIR. DELL'OSP. G. B. MORGAGNI IN FORLÌ
diretta dal prof. SANTE SOLIERI.

Fremito idatideo in cisti ovarica non echinococcica

per il dott. FRANCO MARCHINI, aiuto.

OSSERVAZIONE CLINICA. — *Anamnesi.* — M. M. di a. 39 da Forlimpopoli, entra in Sezione Chirurgica il 16 aprile 1925. Donna nata da genitori viventi e sani; ha tre sorelle sane. Non ha mai sofferto malattie. Mestruazioni regolari, non leucorrea. Sposa da tre anni, ha partorito diciassette mesi fa un bambino sano, tutt'ora vivente, con parto felice. Ha allattato per dodici mesi, poi la mestruazione si è ristabilita regolare. Quattro mesi fa la donna ha cominciato a sentire un senso di peso al ventre ed una certa difficoltà nella digestione senza accorgersi però che il ventre fosse ingrossato. Fattasi visitare dal medico, le riscontrò una massa nella sezione inferiore dell'addome, per cui la consigliò a rivolgersi al chirurgo.

Esame obbiettivo. — *All'ispezione* si constata il ventre alquanto tumido nella sezione sottoombellicale in ispecie nel quadrante destro. *La palpazione* fa rilevare una massa a superficie regolare, di consistenza duro-elastica, che occupa la sezione ipogastrica e si estrinseca specialmente verso destra, elevandosi fino a due dita sotto la ombelicale trasversa. *La percussione* dà tosto rilievo ad un nettissimo fremito idatideo, il quale è più netto nella parte più saliente del tumore. Suono ottuso sulla massa, ventre sonoro nelle parti declivi.

All'*esplorazione vagino-addominale* combinata si rileva che il collo dell'utero è normale, spinto però in alto sotto la vescica; il corpo dell'utero si palpa, rovesciato in basso, attraverso il Douglas, il fornice sinistro appare libero, nel fornice destro si avverte il tumore, abbastanza spostabile, di consistenza elastica, a superficie uniformemente liscia, non molto distintamente fluttuante.

Il fremito idatideo così netto, da destare la meraviglia di tutti i colleghi che l'hanno constatato, induce ad ammettere la natura echinococcica della cisti. Si esclude per la ubicazione, la spostabilità e le altre risultanze dell'esplorazione vaginale, la sede della cisti nello spazio del Retius e nel cellulare infraligamentoso. Si pensa perciò ad una cisti da echinococco dell'ovario, essendone stato descritto qualche raro caso.

Però la eosinofilia nel sangue è risultata negativa; non è stato possibile fare la intradermorea zione per mancanza di liquido echinococcico pronto, mentre la donna per ragioni famigliari aveva premura di essere operata.

Esame delle urine: negativo.

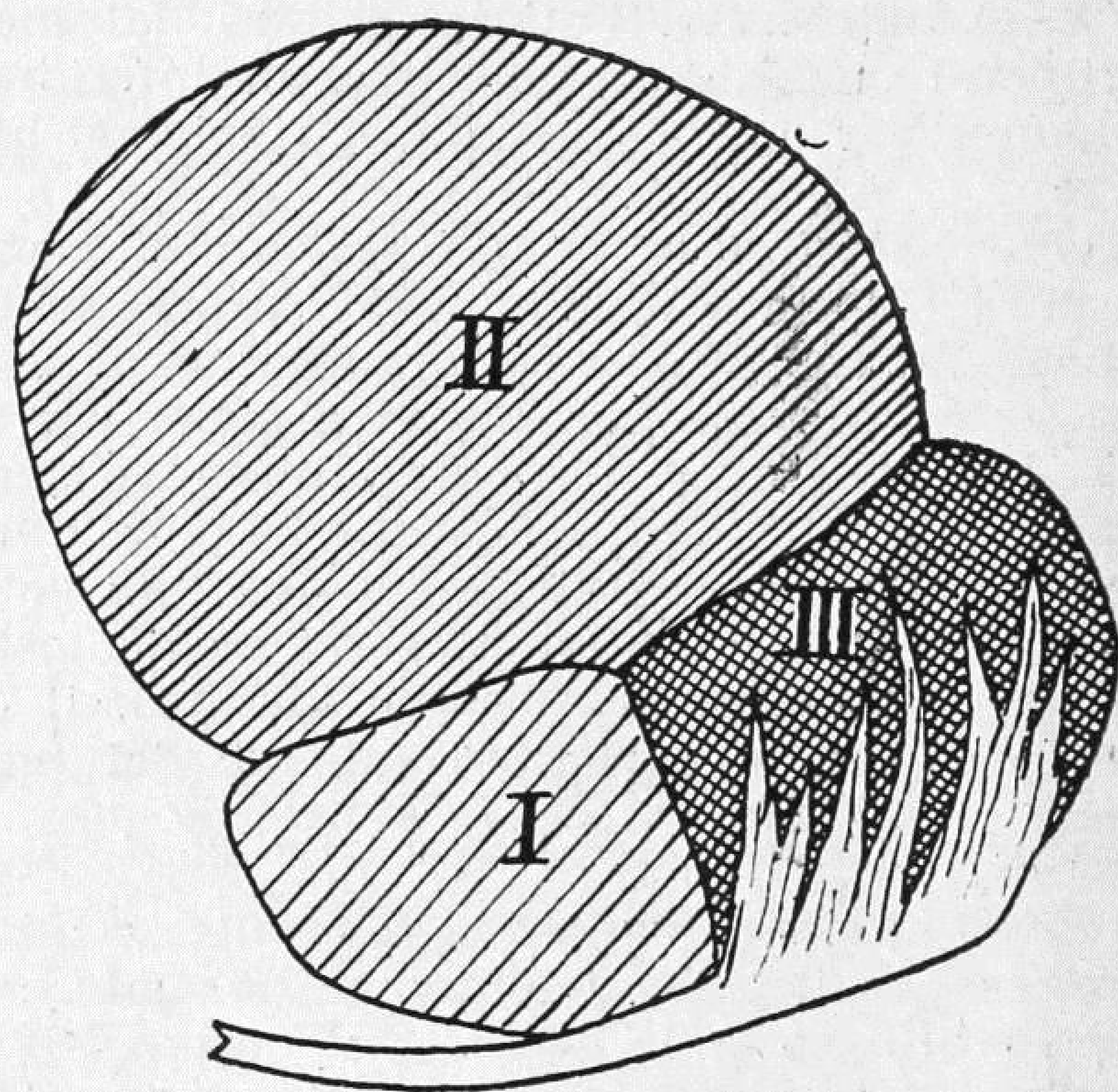
Sani tutti gli apparati organici.

Operazione. — (19-4-25) in rachianestesia tropococainica. Laparotomia mediana sottoombellicale Aperto il ventre, si constata la presenza di una cisti che, essendo di forma totale piuttosto oblunga, è adagiata obliquamente dalla fossa iliaca sinistra alla regione colica destra: appare, nella

parte che si vede, di colore giallo sporco. Fatta la percussione sulla cisti ancora in sede, si ha evidentissimo il fremito idatideo. È possibile, ampliando ancora un po' la ferita in alto, lussare dal ventre la cisti, senza svuotarla. Si vede allora che è dell'ovario sinistro anzichè destro, come all'esame appariva, e che, per la sua posizione e forma, lascia libero il piccolo bacino nella metà sinistra mentre ne tampona tutta la metà destra. Il peduncolo è stirato in alto, ma non torto.

Si fa la sezione del peduncolo, previa allacciatura. Sutura totale delle pareti addominali. Decorso post-operatorio normale. Guarigione.

Esame e descrizione della cisti. — La cisti nella sua totalità ha forma globosa, alquanto allungata e schiacciata in senso antero-posteriore; diametro massimo cm. 35, diametro minimo cm. 28. Due cingoli, che appaiono sulla superficie esterna, disposti fra loro quasi normalmente, dividono la massa cistica in tre bozze, di cui una maggiore in alto e le due minori in basso. Queste ultime due sono cinte dalla tromba molto allungata.



Il *morsus Diabuli* è disteso e sfrangiato sulla bozza infero-esterna.

Ogni bozza ha colore diverso: la infero-interna (1) è di colore giallo-citrino, la superiore (2) di colore giallo sporco, la infero-esterna (3) di colore cioccolato. La numerazione assegnata ci servirà d'ora innanzi per brevità di designazione. È evidente a tale ispezione che la cisti deve essere costituita da tre logge distinte completamente l'una dall'altra per mezzo di sepimenti interni rispondenti ai cingoli esterni.

La cisti maggiore (2) ha parete sottilissima, le cisti 1 e 3 hanno parete alquanto più spessa ma sempre però molto esile. Il liquido è sotto alta tensione; più alta tuttavia appare nella cisti 2. Praticata la percussione anche sul tumore già estratto si ottiene ancora il fremito idatideo evidentissimo. Si punge con un tre quarti la cisti n. 1 ed esce, a getto, liquido citrino, nella quantità di cmc. 200. Svuotata questa loggia il fremito non si ottiene più. La cisti n. 2 contiene 620 cmc. di liquido giallo-sporco, la cisti n. 3 cmc. 260 di liquido torbido color cioccolato, più denso. La cisti aperta in ogni loggia e lavata dimostra che realmente le loggie non sono comunicanti fra di loro, le pareti hanno colore uniforme bianco perlaceo con striature vascolari, di spessore più sottile nella sacca maggiore n. 2.

Esame dei tre liquidi.

CARATTER	LIQUIDO N. 1	LIQUIDO N. 2	LIQUIDO N. 3
Colore	Giallo citrino	Giallo sporco	Rosso scuro
Trasparenza	Quasi limpida	Torbida	Opaca
Reazione	Alcalina	Alcalina	Alcalina
Albumina	Gr. 36 ‰	Gr. 45 ‰	Gr. 51 ‰
Sangue	+	+ +	+++
Sedimento	Globuli bianchi e globuli rossi in modico numero. Globuli bianchi granulosi disfatti	Molti globuli rossi, globuli bianchi come al N. 1	Moltissimi globuli rossi, globuli bianchi abbondanti
	I globuli rossi sono discretamente conservati. Cristalli di colesterina più evidenti nel N. 1 ma presenti anche in N. 2 e N. 3. Grosse cellule a fine membrana, a grosso nucleo, di aspetto sferoidale, infarcite di piccole gocce di grasso splendenti.		

Esame istologico della parete cistica. — Non si notano sostanziali differenze nella struttura della parete delle tre cavità cistiche. Esse risultano formate da un epitelio cilindrico basso polistratificato che poggia su un corion di tessuto connettivo poco compatto e che si fa sempre più lasso procedendo verso l'interno. In alcuni punti l'epitelio limitante interno è costituito nel suo strato più superficiale da cellule molto basse. Qua e là vi è qualche accenno di infiltrazione infiammatoria. I vasi sanguigni sono abbondanti e talvolta circondati da un manicotto di suffusione emorragica.

* * *

Non è mio intendimento dilungarmi sulla genesi del fremito idatideo. I pareri degli autori sono su questo argomento tutto affatto discordi. Qualcuno ha perfino sostenuto che esso è un fenomeno accidentale, indipendente dalla cisti, e di origine muscolare (Bernabei).

Alcuni ritennero il fremito dipendente dal cozzare fra di loro delle vescicole messe in movimento; Baccelli e Cardarelli non accettarono tale ipotesi ma ritennero il fremito dipendente dalla speciale tessitura tremolante elastica della membrana. Sta in vero il fatto, messo già in evidenza dal Rovighi, che se si prende sul palmo della mano una cisti idatide, che abbia raggiunto il volume anche solo di un uovo di piccione, e si fa salterellare, il fremito si apprezza. La cisti di cui si tratta nella presente osservazione, aveva caratteri speciali: loculazione multipla, a loculi indipendenti in numero di tre, parete cistica sot-

tilissima in una sacca, e alquanto più spessa nelle altre due, diversa corpuscolazione del liquido contenuto in tutte le sacche. La membrana cistica però non presentava caratteri singolari. Interessante il fatto che il fremito scomparve quando si vuotò una delle tre cisti, cioè quella inferiore di colore giallo-citrino. È probabile che alla genesi del fremito abbiano contribuito tutte le condizioni sopra enumerate.

Il fremito idatideo provocato all'esame clinico è stato sino a non molto tempo addietro ritenuto patognomonico della cisti da echinococco. Ma alcune osservazioni hanno dimostrato che il fremito uguale a quello della cisti esacante poteva essere dato da tumori o cavità cistiche molto diverse dalla cisti echinococcica. Così Cardarelli e Davaine rilevarono il fremito in sacche idronefrotiche, Marinacci in una cisti ematica del grande omento, il Maselli nel globo vescicale di un prostatico iscurico, globo vescicale che conteneva urina fortemente ematica. Nel caso nostro era presente in una cisti ovarica di speciale forma e di contenuto, variamente ematico nelle singole sacche, di cui la cisti risultava formata. D'altro canto è fuori di dubbio che in moltissimi casi di cisti da echinococco il fremito idatideo non si apprezza. Da tali circostanze alcuni autori ed il Maselli in ispecie, sono condotti a negare al fremito idatideo qualsiasi importanza per la diagnosi di cisti da echinococco. Ora questo è esagerato o per lo meno mi sembra che il punto di vista sotto cui vien posta la questione non sia giusto.

Riferendomi infatti alla lunga esperienza del mio maestro, prof. Solieri, posso dire che Egli ha esaminato ed operato cisti da echinococco di quasi tutti gli organi (cervello, polmone, pleura, fegato, milza, rene, peritoneo, legamento largo, canale inguinale, muscoli, ossa ecc.), e che veramente ha potuto apprezzare il fremito idatideo in un numero assai esiguo di casi (e precisamente solo in alcuni casi di echinococchi del fegato, del peritoneo, della milza). Ma che d'altra parte, fra tutti gli altri tumori cistici da Lui esaminati ed operati non da echinococco, e che senza dubbio sono in numero assai superiore, in un caso solo, cioè in questo, che io ho descritto, ha potuto sentire il fremito idatideo.

Da che sono portato logicamente a dedurre che quando il fremito c'è, con molta probabilità si tratta di una cisti esacante. E del resto infatti nessuno pensa oggi a descrivere i casi di cisti da echinococco in cui il fremito era avvertibile, mentre sono giustamente denunciate quelle osservazioni, in cui il fremito era presente, senza che si trattasse di cisti da echinococco.

Non di meno queste citazioni nella letteratura sono assai rare e possono quasi contarsi sulle dita.

Dunque valore patognomonico no, ma criterio di probabilità può essere tuttavia mantenuto al fremito idatideo nella diagnosi di cisti da echinococco.

Per questo ancora non credo giusta la proposta del Piorry di sostituire alla dicitura *fremito idatideo* quella di *vibrazione cistica* perchè il fremito deve condurre la mente dell'osservatore non solo nel concetto di sicurezza di essere di fronte ad un tumore cistico, ma di probabilità di avere a che fare con una cisti echinococcica.

Varranno poi le altre ricerche, di cui ora disponiamo, eosinofilia, intradermoreazione (Casoni-Testi) a mutare tale probabilità in certezza diagnostica.

Un altro fatto da notarsi è che in quei casi di cisti da echinococco in cui all'osservazione clinica non è possibile rilevare o provocare con le adatte manovre il fremito idatideo, facendo saltellare sulla mano la cisti o le cisti figlie, estratte in seguito ad intervento, si ha la sensazione caratteristica del fremito. Da questa osservazione è dato argomentare che mentre la cisti echinococcica possiede le condizioni più idonee per la produzione della nota vibrazione (carattere della membrana, qualità e corpuscolazione del liquido, tensione speciale della parete) non sempre il tumore cistico ha, in rapporto agli strati somatici superficiali ed alla mano esploratrice, che tenta provocare il fremito, disposizione tale per cui il fremito stesso possa essere avvertito.

Voglio infine rilevare che in tutti i casi in cui il fremito si riscontrò, senza che si trattasse di cisti echinococcica, il liquido che riempiva il tumore cistico o un viscere dilatato (bacinetto renale, vescica urinaria) era corpuscolato per presenza di pus o sangue.

Mi pare dunque sia lecito concludere:

Possono talora nell'organismo visceri cavi, in modo abnorme distesi, o tumori cistici pieni di liquido variamente corpuscolato (pus, sangue) trovarsi in condizioni tali di assottigliamento della parete e di idonea pressione del liquido da riprodurre quelle condizioni, che nella cisti da echinococco sono perfette e generare perciò la nota vibrazione. Tale evenienza però costituisce una eccezione e resta sempre vero che il fremito idatideo è carattere della cisti echinococcica anche se non sempre può essere provocato con manovre esterne. Causa questa impossibilità non può darsi peso eccessivo alla mancanza del segno per negare la diagnosi di cisti esacante, come d'altra parte il riscontro di esso non può avere valore diagnostico patognomonico, ma di sola notevole probabilità.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI BELLUNO.

In difesa della rachianestesia.

Prof. GINO PIERI, chirurgo primario.

In uno degli ultimi numeri della *Presse médicale* (n. 39, 14 maggio 1927) è comparso un articolo a firma J. D. che prendendo lo spunto da una pubblicazione di Vulliet (1), uno dei più distinti chirurgi della Svizzera, svolge una fiera requisitoria contro la rachianestesia. Esso reca come epigrafe il seguente periodo del lavoro di Vulliet:

« Se tutti gli insuccessi fossero pubblicati, come dovrebbe esserlo, il loro numero scuoterebbe l'ottimismo dei chirurgi, poco numerosi fortunatamente, che non temono di raccomandare l'anestesia lombare come metodo di scelta, e ne hanno allargato il campo in modo temibile ».

E poichè io appartengo appunto ai chirurgi che non temono di raccomandare l'anestesia lombare come metodo di scelta, e ho a mio carico l'aver fatto pubblicare recentemente dal mio assistente dott. Broglio un lavoro favorevole alla rachianestesia in base ai risultati ottenuti nel mio Reparto (2), così ritengo opportuno, anzi doveroso di prender la parola a difesa della bistrattata anestesia lombare.

C'è da domandarsi come sia possibile, in argomento di carattere così empirico, un così netto e antagonistico dissenso fra chirurgi. Non è il caso, mi sembra, di impostare la discussione su basi dottrinali; l'unico modo di contribuire a una chiarificazione delle idee è la pubblicazione dei risultati *integrali*, come Vulliet invoca, con riferimento esatto della tecnica usata, poichè io penso che le differenze nei risultati ottenuti dai vari chirurgi debbano avere la loro origine nei dettagli della tecnica: non è verosimile che gli stessi metodi applicati da chirurgi diversi diano risultati diversi.

Dichiarerò senz'altro che io mi servo della rachianestesia colla massima ampiezza di indicazioni, per tutte le operazioni sull'ipogastrio, il bacino, il perineo, gli arti inferiori; la sola controindicazione fissata concerne l'età, in quanto non beneficiano della rachianestesia i malati inferiori ai 14 anni; nessuna limitazione invece per l'età più avanzata, nella quale anzi l'anestesia lombare ha dei vantaggi anche maggiori sulla narcosi dal punto di vista delle complicazioni polmonari: furono da me eseguite senza incidenti 34 rachianestesie in soggetti oltre i 70 anni, di cui 6 dagli 80 anni in poi (80, 82, 83, 84 anni).

I dati del presente articolo verranno estratti da un totale di 5228 operazioni da me eseguite nel periodo che va dal marzo 1923 al giugno 1927; di queste 2343 furono eseguite in rachianestesia, 1952 in eteronarcosi, 709 in anestesia locale, e 224 senza anestesia. Cosicchè il 44.8 % delle operazioni furono eseguite in rachianestesia, il 37.5 % in eteronarcosi, il 13.5 % in anestesia locale, il 4.3 % senza anestesia.

Nelle 2343 operazioni eseguite in rachianestesia, in 212 casi si trattò di una operazione doppia eseguita in una sola rachianestesia (di solito ernie bilaterali) cosicchè il numero delle rachianestesie eseguite si riduce a 2131.

Fino allo scorso anno io usai due tecniche di rachianestesia, a secondo che volessi ottenere l'anestesia fino all'altezza dell'ipogastrio, oppure fino alla base del torace. Nel primo caso praticavo la cosidetta rachianestesia bassa, nel secondo la rachianestesia alta (diluizione dell'anestetico col liquor fino al volume di cmc. 10); da qualche tempo ho abbandonato la rachianestesia alta a causa della incostanza dei risultati; cosicchè se si detraggono dalla cifra globale di 2031 rachianestesie 89 casi di rachianestesia alta, restano 2042 rachianestesie basse, sulle quali si basa il presente studio.

*
* *

Segue la descrizione della *tecnica* usata.

Come *anestetico* fu sempre usata la stovaina secondo la seguente formula:

Stovaina	
Cloruro di sodio . . .	ana gr. 0.10
Acido lattico	gocce 0.2
Acqua distillata recente . . .	gr. 1.0

La *dose* adoperata è di 8 centigrammi di stovaina (0.8 cmc. della soluzione) per le operazioni sull'addome, 7 centigrammi per le operazioni sugli arti inferiori, 6 centigrammi per le operazioni sul perineo.

Lo *strumentario* è rappresentato dal piccolo trequarti di Bier per rachianestesia, del diametro complessivo di mm. 1.2, e da una siringa di Record della capacità di cmc. 2.5; è necessario che l'ago o trequarti sia ben nichelato, non arrugginito in nessun punto, per avere la precisa sensazione dei piani anatomici che si attraversano.

Negli operandi fu sempre praticata una mezz'ora prima dell'intervento una iniezione ipoder-

(1) VULLIET. *Un cas de mort à la suite d'une anésthésie rachidienne.* Revue méd. de la Suisse romande, XLVII, n. 6, 25 aprile 1927.

(2) BROGLIO. *Una serie di oltre mille rachianestesie.* Arch. Ital. di Chirurgia, XV, n. 6, 1926.

mica di morfina (gr. 0.01), e di caffeina (gr. 0.20) o sparteina (gr. 0.025).

La iniezione fu praticata in tutti i casi in cui fu possibile nel malato seduto e con il tronco fortemente incurvato all'innanzi; nei pochi casi in cui tale posizione non fosse ottenibile (anchilosi delle anche, affezioni dolorose degli arti inferiori limitanti i movimenti) il soggetto fu messo in decubito laterale.

La puntura fu praticata nello spazio interspinoso fra le due apofisi lombari più sporgenti (di solito fra la 3ª e la 4ª); talora negli spazi interspinosi sopra- o sottostante (quando un primo tentativo nell'interstizio fra la 3ª e la 4ª non fosse stato seguito da fuoriuscita del liquor).

L'ago viene introdotto esattamente sulla linea mediana e spinto in profondità fin quando si avverte la cessazione della resistenza: allora quasi sempre si ha la impressione tattile e talora acustica di una membrana tesa che si perfori. Ciò avviene di solito quando la punta dell'ago è a una profondità oscillante nei vari soggetti da 3 a 4 centimetri. Allora estraendo il mandrino si ha la fuoriuscita del liquor a getto o a gocce. Se il liquor non fuoriesce o fuoriesce a gocce è consigliabile di imprimere al padiglione del mandrino dei piccoli movimenti di rotazione; spesso dopo tale manovra si vede fuoriuscire il liquor a getto, talora invece continua a fuoriuscire a goccie isolate (segno di scarsa pressione endorachidea) o non fuoriesce affatto (è allora probabile che la punta del trequarti abbia sospinto all'innanzi la guaina durale senza perforarla, e conviene ripetere la puntura in un altro spazio interspinoso).

Quando dunque, estratto il mandrino, si osserva la fuoriuscita del liquor, si inserisce al padiglione dell'ago la siringa di Record contenente l'anestetico, si inietta questo nel cavo, poi per tre volte si diluisce la miscela aspirando fino al volume di cmc. 2 e mezzo; quindi si attende per mezzo-1 minuto (tanto più a lungo quanto più alta apparve la pressione del liquor) e poi si estrae l'ago.

Circa la quantità di liquor da lasciar fuoriuscire non usai un controllo preciso: defluisce quel tanto di liquor che gocciola nel breve intervallo fra l'estrazione del mandrino e l'inserzione della siringa al padiglione dell'ago (la quantità viene quindi ad essere proporzionale all'altezza della pressione).

Qualche volta il liquor estratto era tinto di sangue; ciò non sembrò avere influenza sul successo.

Talora a causa della bassa pressione del liquor non si riesce ad eseguire la diluizione dell'anestetico fino a 2 centimetri e mezzo: ci si contenterà della scarsa diluizione raggiunta, e si cercherà di ripeterla, potendo, per tre volte; in qualche caso di pressione bassissima si sarà costretti a iniettare l'anestetico senza diluizione, perchè la siringa non aspira ulteriormente liquor; nè, da questa mancata diluizione, apparve di solito dipendere un eventuale insuccesso dell'anestesia.

Raramente, durante la miscela fra liquor e anestetico, si osserva una certa opalescenza; ciò non influisce sull'anestesia.

Praticata la puntura è necessario mettere il malato con la testa e il torace un poco sollevati (alzare la spalliera del letto operatorio).

L'inizio dell'anestesia si ha di solito dopo pochi minuti. Se dopo un quarto d'ora l'anestesia non si è verificata (cosa ben rara) o è insufficiente, noi parliamo di un insuccesso e ricorriamo ad altro metodo di anestesia.

Qualora l'operazione richieda la posizione di Trendelenburg, è opportuno mantenere il malato per almeno 10 minuti in decubito dorsale prima di portarlo alla posizione declive inversa.

*
* *

Due parole sugli *insuccessi* della rachianestesia.

Oltre le 2042 rachianestesie praticate con successo, troviamo registrati 26 casi in cui il tentativo di praticare la puntura lombare fallì, e 67 casi in cui la puntura lombare fu eseguita regolarmente ma l'anestesia ottenuta fu insufficiente.

La puntura lombare può non riuscire o per deviazioni gravi della colonna vertebrale, o per alterazioni congenite o patologiche delle vertebre (l'ago si urtò dappertutto contro l'ostacolo osseo) o per mancata fuoriuscita del liquor malgrado la puntura fosse ripetuta in più spazi interspinali (mancata perforazione della dura?).

I casi in cui l'anestesia malgrado la tecnica corretta e la avvenuta iniezione dell'anestetico fu insufficiente e si fu costretti a ricorrere alla narcosi, sono di difficile interpretazione.

Una ipotesi si può formulare, ed è che, eseguita la triplice diluizione e estratto l'ago continui a fuoriuscire la miscela dal foro durale e quindi resti nel cavo durale una proporzione di anestetico insufficiente ad ottenere l'effetto. Ciò deve certo verificarsi in alcuni casi, poichè da quando io ho adottato l'accorgimento di attendere, prima di estrarre l'ago, da mezzo a un minuto (tanto più a lungo quanto più alta era apparsa la pressione del liquor) ho visto ridursi il numero degli insuccessi.

Nella statistica pubblicata dal dott. Broglio la percentuale di insuccessi era del 4.3 %, nella nostra (includente quella del Broglio) è del 4.01 %.

Un'altra ipotesi per spiegare l'insuccesso in alcuni casi è la seguente. È possibile che l'estre-

mità dell'ago, tagliata a sghembo, penetri incompletamente nel cavo durale, per cui ad ogni aspirazione giunge il liquor nella siringa, ma ad ogni iniezione la miscela in parte penetra nel cavo in parte viene spenta nello spazio peridurale; donde una anestesia insufficiente.

*
* *

La *durata* della rachianestesia varia sovente nei singoli individui; si può tuttavia stabilire un limite minimo di 30-40 minuti, e un limite massimo di un'ora e un quarto, sebbene in alcuni casi abbiamo potuto constatare una durata di quasi due ore. Si può comunque quasi sempre contare su una durata di almeno 3/4 d'ora.

*
* *

La rachianestesia *si può ripetere* impunemente anche a pochi giorni di distanza. In oltre 100 casi io ho praticato senza inconvenienti due volte la anestesia lombare, in circa 20 casi la ho praticata 3 volte, in 6 casi 4 volte, in un caso 16 volte (si trattava di un soggetto con focolai tubercolari multipli agli arti inferiori ostinatamente recidivanti).

*
* *

Delle 2042 rachianestesie 414 (e cioè il 20.2 %) si svolsero senza alcun disturbo nè immediato nè lontano.

Le *complicazioni* comunemente osservate furono: durante la operazione senso di oppressione e malessere con nausea e conati di vomito; dopo l'operazione la cefalea, la rachialgia, il vomito, la ritenzione di orina.

La sindrome di *malessere* che può osservarsi durante l'operazione è verosimile sia dovuta in alcuni casi all'abbassamento della pressione sanguigna che segue alla rachianestesia (osservai una diminuzione di tali disturbi da quando alla iniezione preoperatoria di morfina aggiunsi un cardiocinetico: caffeina o sparteina), in altri casi al risalire dell'azione dell'anestetico ai piani più alti del midollo (e perciò si rende necessario tenere ben sollevata la testa del malato e un poco anche il torace). Quando si verifichino tali disturbi è opportuno invitare il malato a respirare profondamente e somministrargli dell'ossigeno.

La *cefalea* postoperatoria fu da me riscontrata in 265 casi (13 %). Dato il carattere pratico e sintetico di questa nota non entrerò nella questione della patogenesi della cefalea secondaria a puntura lombare. La durata media nei miei casi fu di 2 o 3 giorni, la massima durata in un caso fu di 11 giorni. Nei casi in cui la cefalea fu più intensa fu trattata coi comuni antinevralgici.

La *rachialgia* fu osservata molto più raramente della cefalea: in 24 casi, e cioè nell'1.17 %, e non fu mai tanto intensa o tanto insistente da richiedere cure speciali.

Il *vomito* fu constatato in 333 casi (16.3 %): rappresenta dunque la complicazione più frequente; nella massima parte dei casi si verificò solo nelle prime 24 ore consecutive alla rachianestesia; solo in 19 casi si ripetè nei giorni seguenti con una durata massima, in un caso, di 8 giorni. Ma non sempre il vomito va messo in rapporto causale diretto colla rachianestesia; è probabile che in alcuno dei miei casi esso fosse dovuto alla scarsa tolleranza della morfina somministrata prima dell'operazione (in 50 casi operati per prova senza morfina preventiva solo 5 vomitarono, e in 3 di questi per insufficiente durata della rachianestesia l'operazione era stata continuata in eteronarcosi); in altri dei casi poi esso era certo in rapporto con l'affezione addominale che determinò l'operazione (ernia strozzata, pelviperitonite, ecc.). In 3 casi in cui il vomito si protrasse per alcuni giorni, esso cessò in seguito alla posizione genupettorale data agli infermi: si trattava dunque con ogni probabilità di un ileo arteriomesenterico. Ho osservato infine che vomitano con molto maggiore frequenza i malati che non siano stati tenuti digiuni prima della operazione.

La *ritenzione di orina* si verificò in 203 casi (nel 9.94 %); quasi sempre scomparve dopo le prime 12 o 24 ore; talora (in 29 casi) ebbe una durata dai 2 ai 13 giorni, e in un caso si trasformò in definitiva a causa di una ipertrofia prostatica clinicamente latente: si trattava di un uomo di 63 anni operato di ernia inguinale bilaterale, nel quale in secondo tempo si praticò la prostatectomia per via soprapubica, cui seguì guarigione completa.

Circa il determinismo della ritenzione di orina è probabile che non in tutti i casi essa vada messa in rapporto con la rachianestesia: anche nelle operazioni eseguite in eteronarcosi la abbiamo osservata con discreta frequenza (intorno al 7 %); è verosimile che in vari casi si tratti della impossibilità che alcuni soggetti hanno di orinare in decubito dorsale.

Da circa un anno io ho adottato, nella ritenzione di orina postoperatoria le istillazioni di boro-glicerina sul collo vescicale, ottenendo la minzione immediata in circa l'80 % dei casi.

Per quanto riguarda gli accidenti drammatici nel corso della operazione da altri constatati e apparentemente dovuti alla rachianestesia e talora terminatisi colla morte, io ho avuto la fortuna di non imbattermi in essi. Nella nota del dott. Broglio vengono riferiti tutti i casi di operati in rachianestesia e seguiti da morte fino al marzo 1926; dalla discussione critica di essi non si può concludere per la influenza della rachia-

nestesia sulla morte; nè dopo la pubblicazione del Broglio io ho osservato casi di morte in rapporto alla anestesia lombare.

Aggiungerò, concludendo che mai io ho osservato complicazioni lontane dalla rachianestesia (sintomi meningitici, paralisi o paresi di nervi cranici, ecc.).

* * *

Riferiti gli inconvenienti osservati in seguito alla rachianestesia, passo ad accennare ai *vantaggi* che io in essa ho riscontrati.

È possibile operare in rachianestesia malati con complicazioni cardiache, polmonari o renali con molto minor pericolo che usando la narcosi per inalazione.

È possibile operare con molto minore preoccupazione infermi in età avanzata, nei quali specialmente frequenti e temibili sono le complicazioni polmonari.

Si evitano colla rachianestesia tutte le dannose conseguenze che hanno sui visceri le narcosi per inalazione. Noi sappiamo che l'etere produce più facilmente le lesioni broncopolmonari, il cloroformio più spesso lesioni epatiche e renali. Io ho del tutto bandita la narcosi cloroformica e mi servo correntemente della narcosi eterea. Con questa ho constatato una impressionante proporzione di morti per complicazioni polmonari. Nei primi tre anni in cui la narcosi eterea era preceduta da iniezioni di morfina e seguita da iniezione di siero antipneumococcico, la proporzione dei morti per complicazioni polmonari raggiunse il 2.3 % (quasi sempre nei casi di morte si trattava di operazioni sullo stomaco e sul fegato); da oltre un anno avendo adottato la iniezione preoperatoria di Mass Zambeletti, la cannula di Mayo nella narcosi, e la iniezione di Afenile Knoll nelle operazioni sulla metà superiore dell'addome, e la iniezione di Lobelina Ingelheim dopo le narcosi eteree prolungate e la autoemoterapia secondo Vorschütz nelle broncopolmoniti postoperatorie, ho visto discendere tale cifra di mortalità al 0.5 %. A questa cifra, per quanto bassa, fa riscontro la cifra pressochè negativa di complicazioni polmonari mortali postume a rachianestesia: su 2042 rachianestesie si ebbe un sol caso di morte per broncopolmonite al 6° giorno, e si trattava di un diabetico.

Si aggiungano poi non indifferenti vantaggi di ordine pratico. Al chirurgo non si renderà più necessario immobilizzare un assistente alla narcosi. Per il personale infermiere l'assistenza postoperatoria ai rachianestesizzati è molto meno faticosa e preoccupante che quella da prestarsi agli operati in narcosi.

* * *

Questo il sintetico bilancio della rachianestesia, redatto colla massima possibile obbiettività in poche pagine che non hanno la pretesa di insegnare nulla a nessuno, ma solo quella di sottoporre al giudizio dei colleghi un materiale documentario da tenere in considerazione nella discussione pro e contro la rachianestesia.

Se tale bilancio si chiude a favore della rachianestesia (i cui vantaggi supererebbero, a mio parere, di gran lunga gli inconvenienti) ciò non va certo riferito al partito preso di preconcetti personali, ma ai risultati di una prolungata esperienza imparzialmente disaminati e integralmente riferiti.

TECNICA DI LABORATORIO.

Una nuova reazione cromatica dall'acido urico.

Nota del dott. EMILIO PITTARELLI.

Dopo l'antica e classica reazione della muresside, Denigès prima e i nostri Malerba e Ganassini poi hanno insegnato altre reazioni cromatiche, caratteristiche dell'acido urico. Queste richiedono anch'esse la concentrazione delle soluzioni uriche: le due prime, anzi, di tirarle addirittura a secco, mentre quella di Ganassini precipita l'acido allo stato di sale basico di zinco o di altri metalli (cadmio, stagno, argento). *Nessuna però delle reazioni cromatiche conosciute si presta al dosamento.*

Sembra perciò che una reazione la quale non richiedesse evaporazioni e potesse servire anche a valutazioni quantitative, dovrebb'essere considerata la ben arrivata. Tale è quella che io ho incontrato casualmente, nel corso di alcune ricerche intese ad applicare all'orina una reazione dell'aldeide formica, da me studiata qualche anno addietro (1).

Se a una soluzione alcalina di acido urico si aggiunge del metol o del paramidofenolo, indi un po' di persolfato sodico o potassico, si sviluppa dopo alcuni secondi una intensa colorazione gialla, la quale volge al giallo-bruno con quantità appena sensibili di acido urico. Il colore prodotto è molto stabile, e resiste bene ai più energici reattivi: quest'ultima proprietà lo rende atto a valutazioni quantitative colorimetriche.

---

(1) PITTARELLI, in *Arch. di Farmacol. Sperim. e Sc. affini*, 1920; *Folia Medica*, 1920; *Rif. Med.*, 1920; *Ber. über Gesamte Phys.*, 1921; *Pharm. Weekbl.*, 1922; *Pharm. Journ.*, 1922.

La reazione è comune all'acido urico e ai corpi del suo gruppo, ed è straordinariamente sensibile: $\frac{1}{100,000}$ di acido urico viene correntemente svelato. Ma la sensibilità può ancora aumentarsi, profittando della proprietà che il colore possiede, di sciogliersi nell'alcool amilico, previa acidulazione: si ha in ciò il modo di estrarlo e concentrarlo sotto minimo volume.

Come tutte le reazioni cromatiche molto sensibili, la reazione in parola è più particolarmente limpida e netta nelle grandi diluzioni; sicchè, ad es., volendo applicarla all'orina, è opportuno diluir questo liquido con 15-20 volumi di acqua. Tale diluzione è anche propizia perchè toglie di mezzo il colore proprio di essa urina.

Ed ecco la tecnica da seguire nell'orina, adoperando i reattivi preparati come segue:

Metol o paramidofenolo, soluzione al 0,5 %;

Persolfato di sodio o potassio, soluzione al l'1 %;

Soda o potassa caustica, soluzione al 10 %.

Si prende qualche cmc. di orina, si diluisce con 15-20 volumi di acqua, e si addiziona successivamente di 4-5 gocce di soda caustica, di metol o paramidofenolo, e di persolfato. La reazione si manifesta subito, ma raggiunge la sua massima intensità dopo una mezz'ora. Se il metol è in eccesso, dopo la colorazione gialla si manifesta una bellissima colorazione verde. Ciò avviene perchè il persolfato sul metol (non sul paramidofenolo) produce una colorazione azzurra, la quale, mescolata al giallo, si percepisce come verde (appunto, colore giallo + colore azzurro = colore verde). L'apparizione d'una velatura verde indica dunque la fine della reazione dell'acido urico sul metol, e può essere utilizzata per la costruzione di un processo volumetrico, adoperando una soluzione titolata di metol.

La reazione svela la presenza di corpi purinici in genere, cioè dell'acido urico e delle basi puriniche: è quello che praticamente interessa, perchè i corpi purinici hanno suppergiù lo stesso significato fisio-patologico.

Volendo distinguere l'acido urico dalle basi puriniche, si farà una seconda operazione sopra l'orina depurata col solfato di zinco. Si mescolano volumi eguali di orina, solfato di zinco decinormale e soda caustica decinormale: precipita l'acido urico, e nel filtrato restano le basi puriniche. Praticando la reazione su questo filtrato, si svelerà la presenza delle basi puriniche.

Il colore prodotto dalla reazione è otticamente identico a quello delle soluzioni molto diluite di vesuvina o di acido picrico; questo fatto permette di utilizzare la reazione quantitativamente, costruendosi su un metodo colorimetrico secondo le regole generali, che non è qui necessario ripetere.

CONFERENZE.

Come si concepisce l'insegnamento della patologia chirurgica.

PRELEZIONE.

Dalla sobria e concettosa prolusione fatta dal Pr. G. Baggio, alla R. Università di Cagliari, nello iniziare l'insegnamento, al quale è stato chiamato, riproduciamo quelle parti che hanno grande interesse generale, in quanto rispecchiano le idee più moderne e raccolgono il consenso della maggior parte degli studiosi. Tutta la prelezione, dal titolo: « Come concepisco l'insegnamento della patologia chirurgica » *è densa di ragionamenti persuasivi e di savî ammaestramenti, che ci duole di non poter riportare per intero. Ne diamo tuttavia un saggio abbastanza ampio perchè il lettore possa farsene un concetto esatto ed apprezzarne il valore.* (T. F.).

Della convenienza che si possa avere a riunire Clinica e rispettiva Patologia — non dirò in un'unica cattedra, ma — sotto una sola guida personale, non ho idea. Penso che — comunque — l'insegnamento della Patologia speciale ha delle caratteristiche e delle esigenze proprie, e ne fisso i termini fra queste due premesse:

1) Chi arriva allo studio della Patologia Chirurgica deve conoscere la Patologia Generale.

2) Nella Clinica, lo Studente deve dare il suo tempo ai malati, applicandosi all'esercizio di rilevare i sintomi clinici e i reperti di laboratorio, per apprezzarne il valore e per imparare — sulla guida della loro discussione — a riconoscere la malattia di cui sono esponenti. Della malattia deve imparare la cura; ma la malattia per se stessa, se è ormai di dominio della scienza, gli deve esser nota: almeno schematicamente: nella causa che la sostiene, nelle alterazioni anatomiche che produce e in quell'insieme di conseguenze che ne derivano in vivo.

Assicurata — come è tradizionale fortuna delle Università Italiane — l'opera efficace del Patologo generale; riservato al Clinico l'eccelso compito di indagare in vivo per porre la diagnosi e condurre la cura, rimane, appunto, al Patologo speciale questo formidabile lavoro: di imprimere nella mente dei giovani gli svariati e molteplici quadri morbosi: che, allorquando siano individualizzati dalla conoscenza delle rispettive cause o dalla costanza del reperto anatomico, prendono il nome di malattia, che altrimenti rimangono invece con la semplice denominazione generica di sindrome, ma che in ogni caso costituiscono l'a, b, c, del nostro pratico esercizio, il che vuol dire: della finalità dell'opera nostra complessiva.

Lavoro paziente, metodico, sistematico, organico in ogni sua parte perchè possa tornar utile. E come vasto per il Patologo chirurgo da poi che, non più le sole lesioni traumatiche e le malattie esterne, ma anche gran parte delle affezioni viscerali rientrano oggi nel dominio della cura chirurgica, e posto che, pur troppo, non sono ancora comuni — come forse non lo saranno mai del tutto — le vedute dell'internista e quelle del chirurgo!

Arrivando alla Patologia Speciale, lo Studente si affaccia alla visione di ciò che sarà il suo campo di attività professionale. Egli sa quali siano i fenomeni per cui un organismo perde il suo equilibrio organico-funzionale e, da sano, diventa malato. Sa di che natura siano le cause che possono determinare questi fenomeni. Di talune di esse ha pure studiato le singole varietà. Si tratta ora di completare queste nozioni con lo studio complessivo e dettagliato dei fenomeni che le singole cause morbose danno nel *corpo umano*.

Ecco la prima volta che durante i corsi universitari di Medicina il corpo umano viene a segnare il campo esclusivo o — per meglio dire — proprio, degli studi di Patologia. Ecco il divario che corre fra la Patologia generale e le Patologie speciali. La prima studia l'intima essenza dei processi patologici che colpiscono l'organismo animale, le Patologie speciali studiano i processi morbosi quali si svolgono nell'organismo dell'uomo. Nozione etiologica, leggi fondamentali di sviluppo del morbo che rimangono le stesse, sintomatologia che segue le particolari caratteristiche di questo organismo e che muta da parte a parte, da regione a regione di esso.

Nell'attuale ordinamento, di pari passo coi corsi delle Patologie speciali si svolge quello di Anatomia patologica e, mentre l'Anatomo-patologo segue i morbi nei più reconditi recessi dell'organismo che ne ha sofferto, ricostruendone le cause, la evoluzione anatomica, le conseguenze; il Patologo speciale raffronta lo stato *post-mortem* alle manifestazioni *intra-vitam* e allo Studente presenta la malattia sotto il nuovo aspetto didattico di entità completa, di materia a sè: argomento di analisi e di sintesi ad un tempo, esposizione ragionata dei fenomeni morbosi vitali, sulla base delle nozioni etiologiche e sulla guida delle alterazioni anatomiche e della ricostruzione patogenetica, col controllo e ai nuovi lumi che possono giungere dall'esperimento.

Ma la malattia è mutevole, perchè sempre varie e variabili sono le condizioni in cui la causa può nuocere, e l'organismo che ne subisce danno e le reagisce, riflette la legge ontologica del non v'ha foglia eguale a foglia. A seguirla e a studiarla nella sua mutevolezza ci ha insegnato Morgagni quando diceva: « *Nulla est alia pro certo noscendi via, nisi quam plurimas et morborum et sectionum historias habere et inter se comparare* ».

Ora, fra il Clinico, che formula e segue le storie dei malati, ne fa statistiche e trae conclusioni: di frequenza, di varietà, di costanza dei sintomi e del loro decorso; che applica la cura e controlla sull'esito di essa la nuova interpretazione di sintomi prima di allora ignorati; e l'Anatomo-patologo, che *vede* ciò che il primo ha palpato o percosso ed ascoltato, e che segna l'esito dell'infausto o inutile o insufficiente trattamento terapeutico, il Patologo speciale raccoglie, critica e trattiene ciò che formerà nuova pietra del complesso edificio.

E se qualche parte di questo rovina, perchè il tempo e la prova hanno disgregato il falso materiale che pareva resistente e non era, con la nuova verità che dalla distruzione emerge egli crea nuovamente e più avvedutamente: crea lungo la via « pro certo noscendi » e crea con lo specifico intento che non basta raggiungere la verità, ma che bisogna conoscerla in forma tale da poterla *riconoscere* anche là dove non si raggiunge che per le vie *indirette* della ricerca. Dal controllo dell'Anatomo-patologo egli deve risalire al punto di partenza del Clinico. Dalla Clinica ha avuto in forma analitica, alla Clinica ridà in forma sintetica.

Qui si rivela la sua struttura cerebrale. Egli studia ed insegna ciò che è la malattia perchè chi da lui impara sappia poi riconoscerla al caso pratico. Saranno mille le varietà della stessa malattia, ma c'è uno sfondo eguale su cui le varietà si delineano, e questo egli deve dare, questo egli deve lasciare come ricordo indelebile e guida sicura alla vergine mente di chi l'ascolta: che, sempre, in continuazione, vedrà poi passare davanti ai suoi occhi malati e malati: sempre nuovi e pur sempre vecchie conoscenze.

Ma di dove trarre, allora, questa messe di esperienza che riassume nella *malattia* l'infinita varietà dei *malati?* E come sintetizzare meglio che potendo raccogliere da se, direttamente, con l'aiuto stesso delle eventuali deficienze che la Clinica lamenta, il materiale da riunire e da comporre?

Questo è precisamente il mio intimo, profondo pensiero. Il miglior Patologo, è il Clinico più consumato. Il Clinico che abbia fatto e continui a plasmare la sua esperienza sulle orme degli studi preparatorii e collaterali che abbiamo detto, il Clinico che veda nella storia del malato il filo conduttore al principio che si ripete, il Clinico che traduca nell'arte della sua missione terapeutica la scienza che l'informa.

Ed è privilegiato a questo riguardo il Chirurgo,

il quale possiede nella stessa applicazione delle sue manualità operatorie il mezzo per controllare da sè le sue induzioni cliniche. Quanto progresso non hanno fatto le stesse cognizioni anatomiche delle malattie per contributo delle esplorazioni chirurgiche e per esami di organi e di pezzi asportati in vivo!

È sorpassata ormai la questione se il Patologo debba avere i malati a disposizione del suo insegnamento. Ma io, seguendo il mio pensiero, mi sento trasportare più in là e, non per rispondere ora — ciò che non ho fatto prima — al problema di convenienza di scindere o fondere Patologia e Clinica, ma per spiegare in che modo ne intenda disgiunti i rispettivi insegnamenti, vorrei dire: Patologo e Clinico Chirurgo sono due cultori della stessa materia, la chirurgia; debbono essere *chirurgi*, che si dividono il compito, impartendo la scienza chirurgica: per via deduttiva il primo, per via induttiva il secondo. E se c'è chi preferisce coltivare il primo modo di esplicazione delle proprie attività intellettuali e chi aspira al secondo, ciò dipende in gran parte da attitudini di persona. Mentre che: la grande esperienza del caso per caso che si richiede a chi di ogni malato nuovo deve far rilevare ad altri e le note comuni e le note particolari; il raffinamento di cui abbisognano i suoi sensi indagatori per comunicare all'allievo la sensazione che rivela l'alterazione anatomica e per lasciargli l'impressione di quella sensazione tipo alla quale egli dovrà poi riportare per giudizio le sue incertezze future; l'equilibrio di apprezzamento, formato di rilievo esatto e di inavvertito raffronto agli innumerevoli rilievi passati; la necessità di consigliare, a chi vede per le prime volte e dovrà presto far da sè, un procedimento di cura che riassuma le più ponderate risorse dell'arte relativa, possono spiegare come, nella suddivisione del complesso programma didattico, prevalga il criterio di affidare a chi comincia, il compito di insegnare la materia ormai sintetizzata e di riservare a chi è più maturo la guida dei giovani alla novella esperienza e ai primi cimenti della pratica.

A seguito di questi criteri — che provengono da impressioni e da riflessioni ricevute e favorite in svariati, ripetuti scambi intellettuali con Maestri e con Studenti — io vorrei — dico: vorrei — che durante il corso che mi accingo a svolgere, il frequentatore potesse vedere e toccare con mano, in concatenata esposizione, *tutte* le malattie chirurgiche. E, perchè il ricordo fosse più organicamente immedesimato, mi proporrei — come è comune usanza — di raggruppare le diverse malattie secondo le cause che la Patologia Generale insegna. Ma, non limitandomi ad aggiungere alle nozioni della Patologia Generale la generale fenomenologia umana, sì bene esponendo volta a volta, in diretta continuazione della parte generale, la parte speciale delle malattie stesse, nelle loro caratteristiche variazioni: di sede e di particolari condizioni della causa morbosa; per modo che — ad esempio — in intima connessione mnemonica con le cause, col substrato anatomico, coi sintomi di una frattura in genere, lo Studente potesse ritenere le particolari condizioni di insorgenza, le speciali lesioni locali, i segni caratteristici di una frattura della spalla, di una frattura del gomito, delle fratture del collo del femore, di fronte alle cause, alle alterazioni anatomiche e ai sintomi delle fratture dell'omero, delle fratture dell'avambraccio, delle fratture del femore al terzo medio, ecc. ecc. E, seguendo pure le orme dei nostri Maggiori, mi proporrei di richiamare l'attenzione dello Studente, anche durante il corso di Patologia Chirurgica, come egli avrà fatto in Patologia Generale e come farà in Anatomia Patologica, sui caratteri anatomici e istologici di una affezione tubercolare, di un tumore, di un'appendicite, ecc., mostrando, e preparati ed — eventualmente — anche pezzi anatomici. Ma vorrei pure — e qui sorgeranno le maggiori difficoltà pratiche, mentre più essenziale ne sarebbe il bisogno se è ragionato quello che ho detto — vorrei che chi ascolta potesse fissare le idee più o meno felicemente esposte dalla mia parola, intorno ad un ricordo che rimane assai più della parola e che più della parola fedelmente traduce e riassume: potesse fissare, cioè, le idee intorno alla visione del malato.

So le difficoltà del tradurre in atto questo progetto — che certamente non è mio e al quale molti hanno o avranno rinunciato appunto per tali difficoltà; ma non posso rinunciarvi preventivamente io se mi sono fatto dovere di esporre il mio pensiero a questo riguardo. Nè trovo che le difficoltà siano insormontabili. Una condizione è sovratutto indispensabile perchè siano vinte, ed è che il pensiero mio sia inteso nella misura che io gli impongo e sia accettato come visione che mira all'idea e sorpassa gli uomini.

Geloso tutore della mia personalità, è — e spero che sia sempre — mia somma cura il rispettare la personalità altrui.

Signori, Vi ho detto il mio proposito e l'animo mio. Da Voi molto dipende l'avvenire di questa Scuola, alla quale ho vivo desiderio di dedicarmi con affetto e con energia.

Intanto parmi quasi di propiziare la sorte rivolgendo memore e grato il pensiero ai Maestri che mi furono guida e sostegno: ai Maestri, accademici e non accademici, a coloro che mi ebbero allievo diretto o semplice frequentatore e anche soltanto bisognoso di loro consigli: in casa no-

stra e fuori, durante un lungo tirocinio, che va dall'Anatomia Patologica al servizio d'Ospedale e alla carriera di Clinica. Ringrazio profondamente il Prof. Alessandri dal quale presi commiato salendo i gradini della Cattedra e vivamente ringrazio il Prof. Durante alla cui liberalità di studioso devo se la via della Cattedra mi fu un giorno dischiusa.

Maturato l'animo alle difficoltà della vita ed uso a chiedere a me stesso il sacrificio che abbisogna, io mi avvio.

Se la fortuna mi arriderà, onde possa reggere alla nuova prova, sarò pago. Mi aiuti — in ogni caso — la grande aspirazione di compiere opera degna della Patria nostra: alla quale mi sento tenacemente avvinto e alla quale darei volentieri tutto me stesso, così come ebbi la gioia di sentirmi capace di fare ogni qual volta la sorte volle provarmi.

NOTE POLEMICHE.

Sul significato biologico dello zucchero combinato.

La ragione per la quale sono autorizzato a credere che nel sangue non sussistano le condizioni fisico-chimiche per cui la reazione globulina + glucosio = glicoglobulina non si verifichi in senso inverso, risulta chiaramente dai miei studi sulla glicolisi, ed è la seguente:

In tutte le numerosissime esperienze fatte da me (*Policlinico*, Sez. Med., 1924; *Analisi di Clinica Terapeutica*, 1924 e 1925; R. Acc. Med. Chir. di Roma, 1924) e da Bufano (*Anal. di Farm. Sperim. e Scienze affini*, 1925), si è potuto osservare un aumento dello zucchero combinato a spese dello zucchero libero, mai l'inverso. Il Bufano su ciò ha rilevato che la *mancata osservazione* non significa *inesistenza* del fenomeno. Dalle mie ricerche quantitative risulta però (Condorelli: *Analisi di Clin. Terap.*, 1925) che le variazioni dello zucchero libero nel sangue durante la glicolisi, seguono la curva logaritmica delle reazioni monomolecolari e non possono essere quindi in dipendenza di due diverse reazioni.

Così pure le variazioni dello zucchero combinato, dalle curve ottenute, sembrano dipendere esclusivamente da una sola reazione e non da due (glicolisi vera e scissione della glicoglobulina).

Queste argomentazioni sono più ampiamente svolte nell'amichevole polemica sostenuta con Bufano.

Circa il comportamento dello zucchero combinato nei diabetici, mi permetto di fare notare che non si tratta di due AA. isolati che sostengono due tesi differenti. I dati miei sono stati ampiamente confermati. Credo che non si possa mettere in dubbio che nei cani diabetici e nel diabete umano, vi sia sempre una diminuzione relativa, *e spessissimo una assoluta* dello zucchero combinato.

Circa la necessità dell'esperienza personale per discutere una questione, intendevo e intendo dire che quando non si tratta di verità assolutamente e matematicamente dimostrate, chi è *sperimentatore* ha il *dovere* (specie se vuol servirsi dei dati per costruzioni teoriche), di controllare gli esperimenti, se vi sono argomenti validi a farli ritenere errati.

L'amico dott. Toscano infine dice di opporre non dei fatti nuovi, ma delle nuove concezioni.

Egli mi rimprovera la eccessiva fiducia sulle mie opinioni, ma esse sono *formulate soltanto dopo avere accumulato mole ingentissima di dati di fatto concordanti* (e quasi tutti completamente confermati da più fonti): avanza poi un'ipotesi che certamente non può essere sorretta da i dati che apporta, visto che questi ultimi sono serviti proprio di base all'ipotesi che Egli vuole scartare.

A convincersi di ciò è sufficiente la circostanza che nei miei primi lavori (*Policlinico*, Sez. Med., 1924; *Osservatore Medico*, 1924) ho anche io prospettata e tenuta in sospeso l'ipotesi oggi formulata dal dott. Toscano; però i fatti successivamente assodati mi hanno obbligato a scartarla.

Sono felice che un coscenzioso lavoratore come il dott. Toscano abbia intrapreso studi sulla importante questione biochimica, che un così notevole impulso ha avuto recentemente in Italia.

Sono sicuro che Egli apporterà contributi di *fatti nuovi* su molte questioni poco chiare. Le teorie non sono utili che come punto di partenza per nuove ricerche, che allarghino il cerchio delle nostre conoscenze per ricostruire la verità. È dunque in base a questo principio che io non mi attarderò in ulteriori discussioni.

LUIGI CONDORELLI.

***

Condorelli, rispondendo alla mia precisa domanda, ha portato in campo quei suoi concetti circa le variazioni dello zucchero combinato, che mi erano noti attraverso la sua polemica col Bufano. Evidentemente non avrei insistito su questo punto, se avessi ritenuto gli argomenti del Condorelli sufficienti a giustificare la sua categorica affermazione: *non esistere nel sangue le condizioni opportune perchè la reazione glucosio +*

globulina = glicoglobulina si verifichi in senso inverso.

Dalla risposta del Condorelli parmi si possa trarre soltanto questa conclusione: in condizioni sperimentali determinate, egli ha osservato variazioni delle due frazioni di glucosio, che giudica si possano interpretare solo nel senso di una trasformazione dello zucchero libero in zucchero combinato.

Poichè da questo alla su riportata recisa sua affermazione ci corre, reputo ozioso ripetere la mia interrogazione.

Il Condorelli ha creduto di dover portare nuovi lumi circa le sue rigide vedute, già chiarissime, sui *doveri del vero sperimentatore*. Credo di aver risposto in proposito con altrettanta chiarezza: non è necessario insistere sull'argomento generico. Farò solo notare come dal testo del mio lavoro risulti chiaro che io, riportando i risultati di Popescu-Inotesti, intendevo sopratutto di mettere in evidenza che un argomento in favore della tesi del Condorelli perdeva gran parte del suo valore in conseguenza di questi risultati contraddittori. Credere più all'uno o all'altro di tali risultati, l'amico Condorelli me lo permetterà, è nel mio diritto: importa solo rilevare che io nel mio lavoro *non ho fatto mie le conclusioni di Popescu-Inotesti.* Ho soltanto, obbiettivamente, accennato ai risultati contrastanti, senza insistervi, perchè il punto controverso non formava oggetto del mio lavoro. Pretendere quindi di ritenermi colpevole può solo essere giustificato da esigenze polemiche.

Il Condorelli si meraviglia che io, per sorreggere la mia tesi, mi sia rivolto proprio ai fatti che sono serviti di base alla sua. Egli non pensa che questo era precisamente il mio programma: esaminare la quistione dalle prime osservazioni, per vagliarle attentamente. Era proprio da esse che il Condorelli aveva tratto il *concetto-guida* che ha poi influenzato le sue successive ricerche. Io dovevo necessariamente, volendo eseguire uno studio obbiettivo di controllo, prescindere inizialmente da quest'ultime ricerche. Le mie prime osservazioni portarono a conclusioni diverse, che vogliono indirizzare le ricerche in altro senso. Il Condorelli se ne meraviglia perchè, avendo egli, in un primo lavoro, accennato a varie possibilità, ha poi creduto di dovere, *a priori* per dire il vero, scartare quella da me posta in primo piano. Egli evidentemente reputa stranezza ragionare in modo diverso da lui.

Poche altre parole per finire. Le teorie, dice il Condorelli, non sono utili che come punto di partenza per nuove ricerche, che allarghino il cerchio delle nostre conoscenze per ricostruire la verità. Se, attraverso queste belle parole, il Condorelli vuole significare che la mia ipotesi è inutile, bisogna concludere che, a suo giudizio, il cerchio delle nostre conoscenze per ricostruire la verità sullo zucchero combinato non è suscettibile di ulteriori *allargamenti*. Ed io, rispettoso delle altrui opinioni, specie di quelle degli amici, non discuterò in proposito. Solo voglio osservare che il fine ultimo della indagine scientifica non può essere quello di catalogare fatti da passare agli archivi, ma bensì quello di interpretare i fatti osservati. Su questo punto, spero che finalmente potremo essere d'accordo.

C. TOSCANO.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Nuova via per l'influenza farmacodinamica del sistema reticolo-endoteliale.

(N. v. JANCSÓ. *Deutsche Med. Woch.*, n. 27, 1° luglio 1927).

L'A. prendendo le mosse dalla nota acquisizione che le cellule del sistema R. E. non assumono che dispersoidi elettronegativi (colloidi e sospensioni), ha ricercato un mezzo che rendesse possibile da parte delle cellule stesse, l'assunzione di sostanze basiche, di colloidi elettropositivi, di combinazioni cristalloidi; è riuscito nell'intento riconoscendo come delle sostanze senza affinità alcuna verso il reticolo-endotelio vengono da esso raccolte, quando si provochi il loro adsorbimento nella fase dispersa di colloidi negativi o positivi. Ciò rispettivamente per le sostanze basiche e le sostanze acide.

Questo mezzo di rendere reticoloendoteliotrope sostanze ad esso non affini, pensato teoricamente prima, ha avuto l'applicazione pratica poi.

L'A. ha compiuto due gruppi di esperienze: nel primo egli ha iniettato endovenosamente nel topo una soluzione di acido arsenico (cristalloide) in cui era sospesa della fine polvere di inchiostro di Cina, ed in altri animali ha iniettato deboli quantità di Ianusgrün (colore basico, colloide elettropositivo) adsorbite in una soluzione satura di cuprocollargolo. Orbene, mentre i controlli iniettati, p. es., col solo acido arsenico si riavevano rapidamente, gli animali dell'esperienza morivano subito, e all'autopsia presentavano lesioni evidenti e gravissime delle cellule dell'apparato R. E. Così e più per lo Ianusgrün.

Provata così in questo primo gruppo di esperienze, colla dimostrazione biologica del suo ef-

fetto tossico, la assunzione di sostanze ordinariamente non assumibili dal reticolo-endotelio, l'A. ne ha ulteriormente provato l'acquisito reticoloendoteliotropismo rendendole addirittura visibili nelle cellule, in un secondo gruppo di esperienze.

Ha iniettato cioè in topi e in ratti combinazioni: 1) di Vitalneurot e Ianusgrün; 2) di Neosalvarsan e Ianusgrün; 3) di Yatren-caseina e Ianusgrün. Già dopo venti minuti erano visibili nelle cellule R. E. granuli rispettivamente violetti, verde-bleu, verdi.

Il risultato è tanto più importante in quanto lo Ianusgrün ordinariamente non viene assunto; il vitalneurot viene assunto ma lentissimamente, ed il neosalvarsan non dimostrabile nelle cellule R. E., può venire dimostrato in questa circostanza con una reazione istomicrochimica all'$AgNO_3$ ammoniacale. Così pure per l'acido jodossichinolinsolforico.

Secondo l'A. la sostanza che risulta dalla mescolanza delle due diverse, specie se queste sono l'una un acido e l'altra un colore basico, è evidentemente una combinazione chimica. Ma l'interessante è che la sostanza che per la sua struttura chimica non viene raccolta dal reticolo-endotelio, diviene assumibile con l'ausilio della fase dispersa di colloidi. Quindi il concetto di Schulemann e di Möllendorf che il R. E. non assume che colloidi elettronegativi deve modificarsi nel senso che non esiste differenza tra sostanze colloidali negative (come mezzo di dispersione si intende in questo caso l'H_2O o il sangue) e stato colloidale negativo.

Con ciò l'A. significa, p. es., che lo Ianusgrün e l'acido arsenico senza perdere la propria struttura e proprietà, dopo essere stati adsorbiti nei colloidi elettronegativi, si comportano come se essi stessi fossero diventati colloidi elettronegativi veri e propri e quindi come tali vengono assunti dal sistema R. E.

La conseguenza importantissima di queste esperienze è ancora una volta questa: che i fenomeni di adsorbimento che compaiono nelle fasi disperse di colloidi e sospensioni possono venire sfruttati per rendere reticoloendoteliotrope sostanze non assumibili e per provocarne la raccolta nel sistema reticolo-endoteliale.

F. ROCCHI.

Il blocco del sistema reticolo-endoteliale nel kala-azar.

(PITTALUGA. *Arch. f. Schiffs- und Tropen-Hygiene*, 1927, n. 7).

Fatte alcune considerazioni generali sul sistema reticolo-endoteliale (r. e.), la sua importanza in fisiopatologia, il modo di studiarlo *bloccandolo* mediante la immissione in circolo di alcune sostanze coloranti in sospensione, di sostanze colloidali, di antigeni batterici (che vengono inglobati dagli elementi del sistema r. e. rendendoli inattivi a formare anticorpi contro ulteriori infezioni), l'A. passa in rivista le varie malattie nelle quali fu studiato il blocco del sistema r. e.: sifilide, tripanosomiasi umane e degli animali, tifo, ecc.

Egli dal canto suo ha studiato con cura le alterazioni anatomo-patologiche nella Leishmaniosi viscerale dell'uomo e degli animali.

Il microscopio ha dimostrato che, nei varii organi, tutte le cellule nelle quali si rinvengono i parassiti appartengono al sistema r. e. Solo negli stadi cachettici e terminali si trovano Leishmanie in cellule ghiandolari (del fegato p. es.), ma in scarsissimo numero rispetto ai reperti ordinari. Ciò si vide anche nelle infezioni sperimentali dei cani. Le cellule invase erano sempre quelle appartenenti al sistema r. e. (quindi quelle della milza, linfoghiandole, midollo osseo, quelle di Kupfer del fegato, quelle periteliali, avventiziali, quelle migranti del connettivo perivasale, gli emoistioblasti, ecc.).

Meglio che altrove, ciò si vede nelle cellule di Kupfer del fegato, elementi r. e. tra i più facili a identificarsi, dopo averli colorati con uno dei metodi di elezione.

È sorprendente la rassomiglianza degli elementi parassitati con quelli *bloccati* con inchiostro di Cina o carminio.

Anche i sintomi clinici della malattia sono da considerarsi come l'espressione di una squisita e diffusa invasione del sistema r. e.: anemia, splenomegalia, epatomegalia, leucopenia, emorragie cutanee, ecc.

E che dire della terapia? Si sa che i rimedi specifici contro la Leishmaniosi viscerale (preparati di antimonio) hanno un'elettività speciale per gli elementi del sistema r. e., come tutti i metalli in genere, e ciò spiegherebbe la loro efficacia.

Abbiamo quindi, alla luce dei fatti esposti, nella Leishmaniosi viscerale, l'esempio luminoso di un vero e proprio bloccaggio *parassitario* del sistema r. e.

GARRONE.

SEMEIOTICA.

La vertigine.

(MEYER. *Deutsche Medizinische Woch.*, 1927, n. 21).

La vertigine è un disturbo che può comparire in diverse condizioni morbose e può presentarsi in individui perfettamente sani in determinate circostanze (mal di montagna, mal di mare, vertigine in seguito a movimento del corpo, ecc.).

La vertigine è sempre l'espressione di un'alterazione funzionale dell'apparato vestibolare, anche se si tratta di un'affezione di parti collegate

direttamente o indirettamente con l'apparato stesso, come l'orecchio interno, il cervelletto, i peduncoli cerebrali, o di malattie generali, soprattutto quelle che determinano disordini vasomotori.

La sensazione vertiginosa consta di due componenti, uno motorio, a percezione di movimento, ed uno sensorio, che può assumere forme diverse. Si tratta di un fatto puramente psichico in forma di angoscia e di malessere, più raramente di mancamento, e, come tutti i disordini affettivi, accompagnata dai concomitanti fenomeni somatici di natura vasomotoria (cardiopalmo, sudorazione, pallore), ottici ed acustici (fosfemi, abbagliamento di vista, ronzii, ecc.) o a carico del sistema vegetativo (nausea, vomito, ecc.).

In relazione alla sensazione di movimento la vertigine si distingue in rotatoria e generale, o in sistematizzata e non sistematizzata. La prima è caratterizzata dalla sensazione di movimento degli oggetti esterni o del corpo in una direzione definita. La vertigine rotatoria è più forte e più netta nelle affezioni dell'orecchio interno, mentre nelle lesioni cerebellari è più rara.

La vertigine non sistematizzata, che è la più frequente, è caratterizzata da una sensazione di vacillamento o di movimento confuso degli oggetti esterni o, ancora più frequentemente, del corpo e della testa.

Le malattie nelle quali si verificano le vertigini sono molteplici.

Vanno indicate innanzi tutte le affezioni degli organi interni, del cuore, del fegato, dei reni, del tubo gastroenterico, le malattie del ricambio, come il diabete. I disturbi circolatori e le intossicazioni alterano la funzione dell'apparato vestibolare direttamente o indirettamente attraverso il sistema nervoso centrale. Nell'uremia si hanno non solo accessi ma anche veri stati vertiginosi. È difficile precisare se in tali casi si tratti di una vera vertigine o di un fatto illusorio puramente psichico in rapporto ad alterazioni cerebrali.

I fenomeni vertiginosi si riscontrano spesso nelle malattie infettive e nelle intossicazioni acute e croniche, come negli avvelenamenti da alcool, nicotina, piombo.

È ben nota la importanza delle vertigini nelle malattie organiche del sistema nervoso. Ma non va trascurato che anche quelle funzionali, nelle quali van comprese tutte le costituzioni psicopatiche nei differenti tipi e reazioni, possono avere tra i loro sintomi anche le vertigini. Le fobie, come l'agora- e l'acrofobia, nelle quali il componente psichico è l'angoscia, hanno concomitanti somatici analoghi a quelli che si hanno nella vertigine.

La compartecipazione del sistema vasale è notevole nel determinismo della vertigine. Ma questa s'incontra spesso anche in malati, ad esempio neurastenici ed isterici, nei quali l'elemento psicogeno è prevalente o essenziale. Quest'etiologia psicogena è molto spiccata nelle forme di neurosi da rivendicazione di un diritto o di indennizzo. Tuttavia talvolta il giudizio è difficile perchè possono essere in giuoco l'epilessia o alterazioni traumatiche del cervello.

La diagnosi differenziale della vertigine ha importanza essenzialmente per l'accertamento della malattia di cui essa costituisce un sintoma. Non è il caso di accennare che a tale scopo occorre un accurato esame generale.

Come esempio di malattia somatica nella quale l'origine della vertigine è spesso misconosciuta, può citarsi l'uremia. Talvolta malati del genere vengono ritenuti affetti da tumore cerebrale, da neurosi funzionale o anche da psicosi, fino a quando l'esame sistematico o altri fatti sopraggiunti non rivelano la lesione renale.

Nell'arteriosclerosi cerebrale anche incipiente si possono avere forti accessi vertiginosi anche in seguito a spostamenti o rapidi movimenti del corpo. Talvolta questo è il primo sintoma della malattia che mette il medico sull'avviso. In tali casi non sempre si tratta di una vera e propria vertigine, ma di una specie di mancamento o di offuscamento della coscienza senza alcuna sensazione di movimento.

Nelle affezioni organiche del cervello (encefalite, meningite, pachimeningite, ecc.) si hanno generalmente vertigini senza però che queste assumano un carattere spiccato come nel tumore cerebrale. La così detta sindrome di compressione oltre la cefalea provoca vertigini d'ogni specie. Ma esse assumono una notevole importanza nei tumori endocranici localizzati nell'angolo ponto-cerebellare o nel cervelletto. La particolare vertigine rotatoria in unione agli altri sintomi, come la caduta da un lato, consente di fare esattamente la diagnosi di natura e di sede. In tali casi la vertigine compare ad ogni movimento così violentemente che il paziente non può affatto muovere la testa.

Si parla di accessi vestibolari quando la vertigine è accompagnata da nistagmo, diplopia, atassia, disturbi vasomotori, respiratori, digestivi ed infine da caduta.

Analoghi fenomeni noti sotto il nome di sintoma di Bruns si hanno nella rotazione passiva del capo, anche nei periodi di accalmia, in caso di tumori, specie da cisticerco, del quarto ventricolo.

Questi accessi somigliano molto alla ben nota sindrome di Menière. Quantunque in quest'ulti-

ma siano presenti disordini auricolari e siano scarsi i fatti cerebrali, tuttavia è facile scambiare la sintomatologia stessa con quella che si ha nei tumori dell'angolo ponto-cerebellare nel periodo iniziale.

Naturalmente la vertigine è un sintoma importante non solo per la diagnosi dei tumori cerebrali o cerebellari, ma anche per tutti gli altri focolai morbosi endocranici. Così esso è un sintoma costante degli ascessi cerebellari.

La vertigine è frequente nell'epilessia essenziale e spesso costituisce l'aura o un equivalente dell'accesso convulsivo.

È ovvio che la terapia radicale della vertigine consiste nella rimozione della causa. In ogni caso a ridurre la intensità e la frequenza degli accessi giovano i sedativi, i bromuri sopratutto che vanno uniti ai preparati iodici nei soggetti arteriosclerotici. Giovano pure la valeriana ed i preparati di calcio quando sono in causa disordini vasomotori.

Nelle forme organiche ribelli si può tentare la puntura lombare e suboccipitale.

Negli stati vertiginosi funzionali conviene por mente alle condizioni del tratto gastro-intestinale, del ricambio e del sangue. In tali casi è sempre utile agire sul sistema vasale in prima linea con l'idroterapia (bagni caldi, bagni carbonici, pediluvi, ecc.). Giovano anche le applicazioni elettriche al capo, sotto forma di galvanizzazione o franklinizzazione. Sono pure utili le cure climatiche. In qualche caso giovano anche l'ipnosi ed altre pratiche psicoterapiche. DR.

Lo stato delle pupille nelle varie forme di coma.

(MENNINGER. *Journal Nervous and Mental Disease*, 1927, n. 6).

Spesso la diagnosi della natura del coma è difficile particolarmente in mancanza di dati anamnestici e di precedenti esami. Tale accertamento ha per altro notevole importanza ai fini terapeutici. Per portare un contributo alla quistione l'A. ha esaminato lo stato delle pupille (ampiezza ai due lati e mobilità) in numerosi casi di coma da alcoolismo, diabete, uremia, emorragia cerebrale, emorragia pontina, avvelenamento da ossido di carbonio, e fratture del cranio. Ha fatto anche osservazioni in casi di coma da altre cause (colpo di calore, avvelenamenti, epilessia, ecc.) ma dato il loro piccolo numero non è potuto venire a conclusioni.

Su 58 casi di coma alcoolico trovò: anisocoria in 8 casi; midriasi in 7; ampiezza media in 23; miosi in 25; immobilità in 21; reazione pronta alla luce in 20; ritardata in 11.

Su 10 casi di coma diabetico non riscontrò mai anisocoria, midriasi accentuata in 1 caso; ampiezza media in 6; miosi in 3; reazione pronta alla luce in 6; ritardata in 2; immobilità in 2.

Su 8 casi di coma uremico riscontrò: anisocoria in 1 caso; midriasi accentuata mai; ampiezza media in 4 casi; miosi in 2; reazione pronta alla luce mai; ritardata in 2 casi; torpida in 5; immobilità in 1.

Su 46 casi di coma da emorragia cerebrale riscontrò: anisocoria in 34 casi; midriasi accentuata in 9; ampiezza media in 11; miosi in 18; reazione alla luce pronta in 5; torpida in 21; immobilità in 20.

Su 5 casi di coma da emorragia pontina riscontrò: anisocoria in 3 casi; miosi in 5; reazione alla luce torpida in 2 ed immobilità in 3.

Su 43 casi di coma da avvelenamento ossicarbonico riscontrò: anisocoria in 4 casi; midriasi in 6; ampiezza media in 22; miosi in 15; reazione alla luce pronta in 21; torpida in 5; immobilità in 17.

Su 25 casi di coma da frattura cranica sicura riscontrò: anisocoria in 8 casi; midriasi in 4; ampiezza media in 10; miosi in 9; reazione alla luce pronta in 7; torpida in 8; immobilità in 10. Su 30 casi nei quali la frattura era probabile riscontrò: anisocoria in 13 casi; midriasi in 7; ampiezza media in 7; miosi 5; reazione alla luce pronta in 10; torpida in 5; immobilità in 13.

I dati su esposti fanno ritenere che lo stato delle pupille ha uno scarso o nessun valore diagnostico quando il coma è dovuto ad avvelenamento alcoolico, diabete, uremia o avvelenamento ossicarbonico.

Esso invece costituisce un discreto indice diagnostico nei casi di coma da trauma cerebrale (emorragia o compressione).

In effetti nel 73.9 % dei casi di emorragia cerebrale fu trovata l'anisocoria con pupilla ordinariamente più ampia dal lato dell'emorragia. Per quel che riguarda l'ampiezza delle pupille, era contratta solo in lieve maggioranza. Nella meta circa dei casi (43.4 %) c'era rigidità pupillare e presso a poco nello stesso numero (45 %) torpore.

L'anisocoria occorse nel 37.8 % dei casi di frattura cranica, e nell'81 % di questi la maggiore ampiezza era dal lato del trauma cerebrale. È probabile che negli altri casi la frattura avvenne per contraccolpo dal punto del trauma, per modo che la dilatazione si ebbe dal lato corrispondente al trauma cerebrale. L'ampiezza variò sempre nei differenti stadii e non era uniforme. Nel 41.4 % dei casi si ebbe immobilità e nel 23.4 % torpore pupillare.

DR.

TERAPIA.

Sindrome di anemia perniciosa. Trasfusione e trattamento con il fegato.

(PITTALUGA e CALANDRE. *Arch. de Card. y Hemat.*, luglio 1927).

Gli AA. riferiscono su di un interessantissimo caso, con sindrome di anemia perniciosa, portato a guarigione mediante il trattamento con il fegato. Trattasi di una donna di 59 anni nella cui anamnesi remota non si nota altro che una nefrite grave, insorta dopo un parto all'età di 39 anni, ma che in seguito a regime alimentare adatto, non aveva dato più alcuna manifestazione. Da due anni, sembra senza alcuna causa apprezzabile, aveva cominciato a notare estrema debolezza, pallore intenso del viso e frequenti svenimenti.

Consigliatele cure ricostituenti e termali, queste non furono potute continuare per la ricomparsa improvvisa nelle urine di albumina e per un forte senso di affanno. Fattasi visitare da uno degli AA. fu riscontrata la presenza di un lieve soffio sistolico, di probabile origine anemica, modico ingrossamento del fegato, indolente, a margine liscio. Normale il volume della milza. L'inferma accusava anche prurito diffuso e insistente, tosse secca.

L'esame delle urine metteva in evidenza tracce di albumine e cilindri ialini e ialino-granulosi nel sedimento, l'esame del sangue: 2.500.000 globuli rossi, 6700 leucociti, Hb. 40, V. G. 0.80. Nella formula ematologica si notavano cellule di Rieder, monociti patologici e qualche mielocito. La diagnosi doveva quindi essere posta tra un'anemia perniciosa e un cancro primitivo del fegato, stando per quest'ultimo la brevità e la gravità del processo, la progressiva perdita delle forze e la tinta cachettica.

Un nuovo esame di sangue però, praticato alla distanza di quasi due mesi, dava 800.000 gl. rossi, 4588 gl. bianchi, Hb. 27 %, V. G. 1,3. Morfologicamente intensa poichilocitosi e anisocitosi, con grande predominio di megalociti, basofilia accentuata, 11 % normoblasti, 14 % eritroblasti, alcune megaloblasti.

Accettata la diagnosi di anemia perniciosa, con prognosi sfavorevole, fu subito iniziata una cura di iniezioni di arseniato di ferro e di Hemosty[1], che però non arrestavano affatto il progredire della malattia. Anche una trasfusione di sangue citratato (donatore il figlio della p.) non dette il più lieve miglioramento.

Fu deciso allora di sottoporre la p. a somministrazione di fegato, secondo il metodo di Wipple. Dopo appena una settimana che la malata aveva cominciato tale trattamento, fu notato che le forze andavano rapidamente migliorando, il colorito cachettico scompariva, l'appetito era ottimo. In breve, dopo circa un mese, la p. poteva già uscire di casa, essendo tutti i disturbi scomparsi completamente mentre l'esame del sangue dava 4 milioni di gl. rossi con 81 % di Hb. Il soffio sistolico era scomparso, il fegato si palpava appena all'arcata costale.

A. POZZI.

Trattamento dietetico dell'anemia perniciosa.

(I. PI-SUÑER BAYO. *Arch. de Card. y Hemat.*, luglio 1927).

Le investigazioni di Wipple, sulla rigenerazione ematica con tessuto epatico nei cani anemici, per salassi ripetuti, furono di base a Minot per l'applicazione clinica di tali studi. Pur convenendo che le condizioni di un cane con anemia consecutiva a emorragie ripetute sono ben differenti da quelle di un infermo con anemia perniciosa, tuttavia la funzione ematopoietica embrionaria epatica, la inesistenza di altri mezzi utili in tale infermità, e d'altra parte l'assoluta innocuità, giustificarono la prova.

Minot e Murphy, in seguito al trattamento di 45 casi, poterono osservare sopratutto la rapidità dell'aumento, negli individui sottoposti a tale dieta, delle cellule reticolari e delle emazie embrionarie. Essi dividono i casi in tre gruppi a seconda del numero dei globuli rossi all'inizio del trattamento: meno di 0.9 milioni per millimetro cubico, da 0.9 a 1.4 milioni e da 1.4 a 2.3 milioni per millimetro cubico.

Dopo il primo mese, qualunque gruppo sia, si osserva una media di 3.3 milioni per millimetro cubico, alla fine del secondo mese 4 milioni e dopo il terzo si giunge quasi sempre ai 4 milioni e mezzo. L'emoglobina segue una curva molto simile a quella del numero dei globuli rossi.

I disturbi gastro-intestinali migliorano ugualmente con rapidità, in special modo si regolarizzano le evacuazioni già al 3°-4° giorno.

La tecnica del trattamento consiste nel somministrare un regime composto di:

a) 120 a 240 grammi di fegato di bue o di vitello, fresco, crudo se possibile, triturato, o se in tale forma riesce disgustoso, leggermente cotto;

b) 120 grammi di carne magra di bue o di montone;

c) 300 grammi di legumi freschi che contengano da 1 a 10 % di idrati di carbonio (spinaci, lattuga);

d) 250 a 500 grammi di frutta (albicocche, pesche, banane);

e) 40 grammi, al massimo, di grassi come condimento evitando assolutamente l'olio di oliva e gli olii vegetali;

f) se l'infermo lo desidera un uovo o 250 gr. di latte;

g) pane brustolito, patate e cereali fino a completare un totale di 2500 a 3000 calorie.

Tale regime contiene approssimativamente 350 grammi di idrati di carbonio, 150 di proteine e 75 gr. di grasso, 1 gr. di purine e 0.3 di ferro. All'infuori della dieta, gl'infermi non debbono prendere alcun medicamento, tranne i casi in cui vi siano speciali condizioni (morfina, caffeina).

Recentemente sono stati iniziati i lavori per isolare e identificare chimicamente la sostanza epatica attiva. Finora si è ottenuto un estratto attivo sciogliendo il fegato in un liquido alcalino di P. H. uguale a 5, precipitando da questa soluzione le proteine e riscaldandolo a 70° per qualche ora.

Dall'estratto si separano i grassi, per dissoluzione in etere, e la parte insolubile è trattata con alcool assoluto. Il resto insolubile in alcool, che di tutti i preparati è l'unico attivo, si discioglie in acqua distillata e si somministra agli infermi. Dieci grammi della soluzione così ottenuta equivalgono a 600 gr. di fegato fresco.

I risultati ottenuti con la somministrazione dell'estratto, sono stati buoni, ma Minot consiglia di dare fegato fresco specialmente per le difficoltà di preparazione dell'estratto.

A. POZZI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

MINKOWSKI M. *L'état actuel de l'étude des réflexes*. Paris, Masson, 1927.

Volume piccolo di mole (76 pag.), ma denso di contenuto. I riflessi sono studiati nel loro meccanismo genetico, ma soprattutto nelle influenze che ne governano la limitazione e l'estensione. Il significato clinico non viene specialmente valutato, ma può dedursi dalle condizioni biologiche che li regolano.

Il dotto professore di Zurigo in parecchi lavori ha già portato contributi notevoli alla origine e alla dissoluzione dei riflessi, considerati nei rapporti con l'ontogenesi e la filogenesi, traverso l'anatomia comparata e le ricerche esperimentali.

Il problema delle relazioni tra riflessi e istinti è considerato in modo sintetico, ma pieno di suggestione.

Il volumetto del Minkowski offre ai pratici una densa ma chiara visione dei *riflessi*, guardati dall'alto della genesi e del significato biologico. I medici, anche i medici pratici, leggeranno con profitto questo libro che li metterà senza sforzo al corrente dei più profondi studi sull'argomento e li addestrerà ad una più esatta valutazione dei significato clinico dei riflessi.

V. ASCOLI.

HARVEY CUSHING. *Studies in Intracranial Physiology and Surgery*. P. XII-146, con 16 figure. Londra, Humphrey Milford, 1927.

Questo piccolo volume comprende tre interessantissime letture riguardanti la 1ª la terza circolazione ed i suoi canali, in cui si parla ampiamente del liquido cerebro-spinale, della sua genesi, del suo circolo, delle sue funzioni. Vi è una interessante discussione della cellula specializzata della pia-aracnoide: il meningocito. La 2ª parla della glandola pituitaria dal lato storico, fisiologico, patologico e chirurgico con le più moderne vedute. La 3ª lettura passa in rivista la vecchia e nuova chirurgia del sistema nervoso e tratta con chiara competenza interessantissimi argomenti di diagnosi oftalmoscopica, radiostereoscopica, ecc.

L. TONELLI.

G. SIGURINI. *L'amore nei nevrastenici*. Studio Editoriale Busetto, Milano, 1925. L. 5.

Un piccolo volume in-8°, di 85 pagine, che si legge con diletto e con profitto, perchè indirizza alla psicoterapia di difficili malati, e svolge in forma piana e dal punto di vista medico alcuni argomenti di grande importanza sociale.

DORIA

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

MEDICINA SOCIALE.

Specificità ed eredità sanguigna.

S'intende per eredità sanguigna la trasmissione ereditaria dei caratteri del sangue. Grazie alla scoperta dell'agglutinazione si possono distinguere quattro gruppi sanguigni, ciascuno dei quali costituisce, secondo l'espressione di Lattes, una vera individualità sanguigna.

L'agglutinazine sanguigna rende conto dell'incompatibilità del sangue proveniente da diversi individui. È ben noto che l'agglutinazione dei globuli del datore per azione del plasma del ricevitore costituisce la causa degli accidenti della trasfusione. Il fenomeno si può verificare anche fuori dell'organismo, in vitro, mediante la così detta prova diretta della compatibilità di Ieanbrau: si mescolano rapidamente agitando costantemente una piccola goccia di sangue del datore ed una grossa goccia di siero del ricevitore; se la mescolanza rimane omogenea v'ha compatibilità; se invece si ha la formazione immediata di piccoli ammassi disseminati in mezzo al siero che si chiarifica, v'ha incompatibilità.

Il vario comportamento dei globuli e del siero nei differenti individui in relazione a detto fenomeno consente di distinguere quattro gruppi di sangue le cui reazioni agglutinanti sono specifiche.

Gruppo 1: *globuli sensibilissimi*, agglutinati dai sieri di tutti gli altri gruppi; *siero inattivo*. Conseguenza pratica: un individuo del gruppo 1 non può dare il suo sangue ad alcun individuo di altri gruppi, ma può ricevere tutti i gruppi (*ricevitore universale* (2-6 % degli uomini).

Gruppo 4: *proprietà inverse*G *globuli insensibili*, non agglutinabili; *siero molto attivo* agglutinante il sangue di tutti i gruppi salvo il 4. Conseguenza pratica: un individuo del gruppo 4 può dare a tutti i gruppi, *datore universale* (38-44 % degli uomini), ma può ricevere solo sangue del gruppo 4.

Gruppi 2 e 3: *sieri attivi* e *globuli sensibili* obbediscono alle leggi dei gruppi precedenti (possono ricevere sangue del gruppo 4 e dare ad individui con sangue del gruppo 1, ma sono direttamente opposti l'uno all'altro per le loro attività seriche (*agglutinine*) e la loro sensibilità globulare (*agglutinogene*); il siero del gruppo 2 agglutina i globuli del gruppo 3, ed il siero del gruppo 3 agglutina i globuli del gruppo 2. Gruppo 2: 40-46 % degli uomini. Gruppo 3: 9-16 %. *Conseguenza pratica*: i gruppi 2 e 3 non possono dare che al loro roprio gruppo ed al gruppo 1, e non possono ricevere che dal proprio gruppo e dal gruppo 4.

Adottando la terminologia di von Dungern e Hirschfeld i quattro gruppi sanguigni si possono schematizzare graficamente ammettendo l'esistenza di due agglutine e di due agglutinogeni variamente ripartiti a seconda i gruppi.

L'agglutinogene A caratterizza i globuli del gruppo 3 ed è direttamente sensibile all'agglutinina α del gruppo 2.

L'agglutinogene B caratterizza i globuli del gruppo 2 ed è direttamente sensibile all'agglutina β del gruppo 2. In conseguenza i vari gruppi sarebbero rappresentati dalle formule seguenti:

1 = A B o (due agglutinogeni, niente (zero) agglutinine, il che corrisponde alla definizione: globuli sensibilissimi, siero inattivo).

2 = A β. 3 = B α (gruppi direttamente opposti l'uno all'altro).

4 = O α β (niente (zero) agglutinogene, due agglutinine, il che corrisponde alla definizione: globuli insensibili, inagglutinabili, siero attivissimo).

La constatazione di gruppi sanguigni identici in genitori e discendenti fece sorgere l'ipotesi della trasmissibilità di questo carattere. Questa possibilità fu intravista nel 1908 da Ottenberg ed Epstein, e poi affermata da Zanger e Hektoen che constatarono la identità del gruppo sanguigno in due famiglie. Nel 1909 e 1910 von Dungern e Hirschfeld applicarono le leggi di Mendel all'ereditarietà dei gruppi sanguigni. Gli ulteriori studi di Lattes precisarono meglio il fenomeno.

I caratteri globulari A e B dei gruppi 2 e 3 sono *dominanti*, mentre il carattere *non A* e *non B* del gruppo 4 sono *recessivi*.

In conseguenza l'agglutinogene A e quello B possono trasmettersi o non trasmettersi, ma il carattere è sempre evidente, in altre parole non può essere trasmesso allo stato latente e quindi non può ricomparire in seguito.

Viceversa il carattere negativo *non A* e *non B* essendo recessivo può mantenersi latente e ricomparire in seguito. Perciò un individuo del gruppo 4 può avere ascendenti d'ogni gruppo.

Il gruppo 1 è dovuto alla sovrapposizione dei gruppi 2 e 3 (A e B) o proviene da un ascendente del gruppo 1 qualunque sia il gruppo dell'altro ascendente. Un gruppo 1, secondo le regole di Mendel, potrà a sua volta trasmettere ai suoi discendenti i suoi due agglutinogeni (gruppo 1), un solo agglutinogene (gruppo 2 o gruppo 3), e nessuno agglutinogene (gruppo 4).

Si comprende perciò come il gruppo 4, recessivo, può sempre ricomparire, mentre il gruppo 1 è molto accidentale avendo tendenza a ricomparire nella discendenza come gruppo 2, 3 e 4.

Queste conclusioni sono state confermate da

numerose ricerche genealogiche di Learmouth, Ottenberg e Mino.

La nozione dell'ereditarietà dei gruppi sanguigni ha due conseguenze pratiche: l'una è medico-legale, cioè la possibilità della ricerca della paternità a mezzo dei gruppi sanguigni; l'altra è clinica, cioè la possibilità frequente, non assoluta, delle trasfusioni tra genitori e discendenti e consanguinei.

Von Durgern e Hirschfeld in conclusione dei loro lavori sull'applicabilità dell'eredità dei gruppi sanguigni alla ricerca della paternità sono venuti alle seguenti conclusioni:

Unione tra genitori dei gruppi	Può dare solo prole dei gruppi
4 e 4	4
2 e 2	4 e 2
3 e 3	4 e 3
4 e 2	4 e 2
4 e 3	4 e 3

Dyke e Mino hanno notato che l'incrocio 3 × 2 può dare figli di tutti i gruppi.

La combinazione del gruppo 1 con qualsiasi altro gruppo può dare qualsiasi gruppo.

L'incrocio 1 × 1 non è stato riscontrato in pratica a causa della rarità di questo gruppo, ma è presumibile che possa dar luogo a tutti i gruppi.

In contrasto con questa tavola della discendenza legittima si può ammettere che l'illegittimità è certa e la paternità formalmente contestabile nei casi seguenti:

Madre vera	Padre supposto	Figli illegittimi
2	4	3 o 1
2	2	3 o 1
3	4	2 o 1
3	3	2 o 1
4	4	2 o 3
4	2	3 o 1
4	3	2 o 1

Buchanau ha criticato le conclusioni d'Ottenberg, non ammette l'esistenza di due agglutinogeni e di due agglutinine nella costituzione dei gruppi sanguigni, e ciascun gruppo può presentare il carattere recessivo. Egli ritiene che non possa discutersi della legittimità di un bambino se non dopo aver studiato il gruppo sanguigno dei genitori e dei quattro nonni.

In Italia, Lattes riprendendo lo studio degli alberi genealogici dati da Buchanau dimostra che i gruppi sanguigni apparsi sono nettamente in germe nella generazione precedente e rigorosamente conformi alla regola ereditaria enunciata dagli autori precedenti. Lattes conclude che in medicina legale, date le divergenze d'opinioni, lo studio della filiazione sanguigna non consente di porre conclusioni di certezza, ma dà argomenti di presunzioni di molto valore.

In Germania, Strassmann ammette che se il bambino di cui si ricerca la paternità è del gruppo 4 o la madre del gruppo 1 è impossibile biologicamente negare la legittimità. Se il bambino è del gruppo 1, bisogna trovare gli agglutinogeni A e B o riuniti nella madre o nel padre, o separati e completantisi nella madre e nel padre supposto.

In Svizzera, Hedwig Plüss ha trovato in 543 soggetti di 35 famiglie la conferma della legge mendeliana.

In Francia Duvoir e Dervieux sembra adottino le conclusioni di Buchaman, ed hanno portato un argomento impressionante a favore della telegonia che complicherebbe ancora la quistione. Dervieux mediante il metodo delle precipitine (iniezione ad un coniglio di sperma fresco del padre) ha potuto mettere in evidenza una notevole flocculazione non solo del padre e del ragazzo, ma anche della madre, e ciò ad un tasso ben superiore al grado di flocculazione ottenuto con i sieri di altri individui presi come testimoni. Sembrerebbe perciò che una madre possa avere da un altro letto figli con i caratteri sanguigni del primo marito.

Le Rasle tende ad ammettere l'eredità mendeliana dei gruppi sanguigni in analogia a quanto avviene per l'eredità morbosa.

La seconda conclusione dell'eredità sanguigna è la frequente possibilità di trasfusione tra genitori e discendenti e tra consanguinei. Solo nel terzo dei casi sembra che i gruppi sanguigni siano differenti tra la madre ed il neonato. Adottando questa proporzione, ed anche senza tener conto dei casi nei quali, malgrado la divergenza, i gruppi sono compatibili (madre 4 o figlio 1), la trasfusione dalla madre al figlio è possibile nella grande maggioranza dei casi. Tuttavia pur essendo minima la percentuale delle incompatibilità, non si deve mai fare a meno della prova dei gruppi prima della trasfusione.

Tra consanguinei, specie adulti, l'incompatibilità dei gruppi è frequente: come già si è detto, solo nel caso che padre e madre siano del gruppo 4, i figli dello stesso letto sono sicuramente dello stesso gruppo sanguigno. In conseguenza, essendo la divergenza possibile, la trasfusione anche tra gemelli è pericolosa.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Pugliese di Ostetricia e Ginecologia.

Seduta del 30 luglio 1927.

Presidenza: prof. GAIFAMI, presidente

GAIFAMI P. — *I Comuni e l'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità* (è stata oggetto di una nostra corrispondenza).

GAIFAMI P. — *A proposito dei corsi di puericoltura per medici condotti* (idem).

Ricerche ematologiche nel cancro dei genitali femminili prima e dopo la terapia Radium-Röntgen.

REVOLTELLA. — Previa classificazione dei casi clinici in iniziali, limite, inoperabili e disperati, l'O. giunge alla conclusione: che l'anemia che si accompagna ai casi di Ca' inoltrato si accentua dopo l'irradiazione, mentre invece l'emoglobina subisce solo le variazioni inerenti alle modificazioni quantitative delle emazie. La velocità di sedimentazione, che aumenta dai casi iniziali ai disperati, si rallenta invece nel miglioramento clinico post-attinico, mentre si accentua nel caso contrario. La resistenza delle emazie e dei leucociti è minore dopo l'irradiazione, specie nei casi disperati. La linfopenia già preesistente alla irradiazione si accentua dopo. La leucopenia è pure marcata e tende a compensarsi parallelamente al miglioramento clinico.

Non ad un singolo di tali elementi d'esame spetta un valore diagnostico me bensì al concorde responso di tutti previa valutazione delle condizioni organiche delle pazienti.

Sulla migrazione esterna o indiretta dell'uovo nella gravidanza extrauterina.

REVOLTELLA. — Per portare un contributo alle nuove vedute del prof. Sfameni sulla migrazione indiretta dell'uovo, l'O. studia il materiale operatorio della Clinica di Bari e parte di quello della Clinica di Roma (162 casi) raccolto nella tesi di Elia, e giunge alla conclusione: che mentre nella gravidanza extrauterina per migrazione diretta la proporzione è presso che uguale per le due tube, nella migrazione indiretta predomina invece quella sinistra, ma però con un per cento notevolmente inferiore a quello del prof. SFAMENI (55 % contro 70,84).

Non crede che basti la spiegazione data dallo SFAMENI (situazione più bassa dell'annesso S), mentre ritiene che vi debba anche concorrere la nota maggiore frequenza con cui la tuba sinistra va incontro a processi infiammatori; questi, pur conservandone la canalizzazione, possono portare come esito una minore possibilità di convogliare l'uovo nella cavità uterina.

Patologia fetale da lues.

CETRONI B. M. — L'O. presenta ed illustra: Un feto luetico con malformazioni multiple: idropisia microencefalica, rene policistico bilaterale con atrofia degli ureteri e della vescica, mancanza dell'ultima porzione del retto e dell'orifizio anale, aplasia dei genitali esterni, polidattilia e piedi vari.

Un secondo feto (padre luetico) con utero bicorne: corno sinistro rudimentario, rene dello stesso lato ipoplasico, mancanza dell'arteria ombelicale ed uterina anche a sinistra.

Un terzo feto luetico con caratteristica « hepatisatio alba » dei polmoni.

L'esame della funzionalità renale in gravidanza: rapporto fra la prova della fenolsulfonftaleina e l'indice diastasico.

DE CANDIA. — L'O. riferisce su ricerche eseguite per la determinazione della funzionalità renale in gravidanza con la prova della f. s. f. e dell'indice diastasico dettato dal Bettoni, in 38 donne, con gravidanze normali e complicate. Ritiene le due prove rispondenti perfettamente allo scopo: dà preferenza alla determinazione dell'indice diastasico per la facilità e brevità della sua tecnica e perchè non incorre nell'errore in cui facilmente cadono le prove a base di sostanze coloranti allorchè si va a determinare la tonalità di colore al colorimetro.

Ritiene che l'antico concetto di rene gravidico non può essere abbandonato mostrando il rene il maggior lavorio a cui viene sottoposto in gravidanza ed in travaglio di parto; in puerperio si ha presto il ritorno alla norma.

Nelle gravidanze complicate a malattie varie, l'insufficienza è maggiormente manifesta.

DELL'AQUILA. — Presentazione di un feto mostruoso, acormio, con palatoschisi e mancanza completa del mascellare inferiore.

Su otto casi di malconformazione genitale. Errori diagnostici ed errori terapeutici.

DE CANDIA G. — L'O. riferisce su otto casi di malconformazione genitale per l'interesse clinico mostrato da due di essi per essere stati di causa di errori diagnostici, e di altri due di errori terapeutici.

Dei primi due: l'uno con l'assenza completa della vagina era stato diagnosticato in primo tempo tbc. renale ed in secondo tempo curato con preparati di corpo luteo. Infine dallo specialista viene chiarita la diagnosi ed effettuata la cura. Nell'altro la diagnosi era oscillata fra tumore addominale e peritonite; anche qui lo specialista fece la diagnosi.

Altri due casi dai medici del paese, che pur avevano diagnosticata l'anomalia, venivano curati con purganti, ipnotici, pediluvii, borse calde locali e riposo a letto.

Tre altri capitarono casualmente all'ostetrico: per coito difficoltoso, per blenorragia in gravidanza, per tumore uterino.

Un ultimo caso venne diagnosticato dopo il primo coito che fu molto doloroso ed accompagnato da profusa emorragia e si trattava di un setto longitudinale con utero bicorne e bicolle.

R.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

L'aspergillosi polmonare.

Macaigne e Nicaud (*Bul. et Mem. des Soc. des Hôp.*, n. 24, 14 luglio 1927) hanno eseguito interessanti ricerche sperimentali prendendo punto di partenza da un caso personale.

Caso: P. di 53 anni, emottisi ripetute: l'esame obiettivo dà un respiro rude all'apice destro, un soffio ilare leggero sopratutto espiratorio, rari rantoli umidi confluenti, dopo la tosse nella zona interscapolo-vertebrale destra.

Esame dell'espettorato: dimostra rari filamenti micelici. Le culture in terreno glicosato e glicerinato di Bazin, su liquido di Raulin, su gelosio di Sabouraud, misero in evidenza l'aspergillus fumigatus. Assenza di b. di Koch.

Ricerche sperimentali: tre inoculazioni alla cavia riuscirono negative per la tubercolosi. Gli AA. inocularono con aspergillo fumigato ottenuto dall'espettorato, due cavie e due conigli per varie vie. Per la via sottocutanea, intraperitoneale e intrapolmonare, ottennero sempre lesioni localizzate, spesso nodulari, caratterizzate da reazione infiammatoria notevole data da polinucleari che circondavano i parassiti. Nel centro si trovavano le spore e i filamenti micelici. Per via endovenosa ottennero setticemia a decorso lento, e con questo mezzo trovarono nel coniglio lesioni attinomicosiche del rene. Seminando poltiglie di organi di animali infettati, in liquido di Raulich riottennero culture tipiche di aspergillo.

Radioscopia: dette appena una velatura dell'ilo destro e dell'apice destro. La radiografia dopo iniezioni di lipiodol dimostrò piccole dilatazioni bronchiali ampollari o sacciformi assai disseminate nella parte inferiore del polmone destro.

Cura: si praticò il classico trattamento iodurato ma senza riuscire a fare scomparire i miceli dall'espettorato. Anche i tentativi di vaccinazione con antigeni aspergillari non dettero risultati positivi.

Diagnosi: Roger riferì che seminando l'oidium albicans nel siero di animali vaccinati per questo parassita si osservava un ispessimento delle cuticole dei miceli e delle spore. Gli AA. seminarono nel siero di un malato di aspergillosi la cultura del proprio parassita, ma questa non presentò differenze da quella ottenuta sui normali terreni. Widal e Abrami ottennero fatti simili con lo Sporotricum Beurmanni, gli AA. ritengono quindi non si possa utilizzare nè l'azione battericida, nè la sierodiagnosi macroscopica, ed hanno invece ricercato se la *sporo-agglutinazione microscopica* non desse risultati. Usarono delle emulsioni di culture di aspergilli, in siero fisiologico, ma non ottennero mai agglutinazione, onde concludono che l'aspergillosi polmonare contrariamente alla sporotricosi non sviluppa agglutinine. La *reazione di fissazione* riuscì ugualmente negativa. Gli AA. hanno anche accuratamente studiate le *reazioni antigeniche aspergillari*: essi dietro i consigli di Legroux hanno preparato numerosi antigeni aspergillari. Le ricerche svoltesi su 4 soggetti han dato: in un P. normale, e in un tubercoloso a lesione localizzata, risultato negativo. In un tubercoloso fibro-caseoso, e in un aspergillare puro l'intradermoreazione provocò una aureola congestiva intensa nel punto di innesto, con prurito e bruciore locale, seguito da una reazione nodulare che si protasse 10-15 giorni. Nelle t. b. c. ulcero-caseosa si ebbe anche esito positivo ma minore, e le ulteriori ricerche sull'espettorato confermarono il sospetto sorto di una associazione aspergillo bacillare.

Nell'aspergillare puro gli AA. tentarono anche di ripetere l'intradermo reazione a scopo terapeutico di vaccinazione, ma ottennero oltre al rinnovarsi della reazione locale, una notevole reazione nel focolaio polmonare che fece desistere dal trattamento.

L. TONELLI.

Dilatazione dei bronchi simulante pleurite mediastinica.

Sergent e Bordet (*Bull et mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n. 18, 2 giugno 1927) comunicano 7 interessanti osservazioni dalle quali risulta che la dilatazione dei bronchi, con localizzazione paramediastinica può simulare assai bene l'immagine radiologica della pleurite mediastinica, cioè l'immagine in squadra « *en equerre* » di Chauffard, in quanto che conducono ad una condensazione del parenchima polmonare, che determina opacità, ed alla quale partecipa in una certa misura, l'ispessimento della pleura. In tutti i casi il controllo radioscopico dopo iniezione intratracheale di lipiodol è sempre di enorme aiuto e produce per così dire una specie di dimostrazione anatomica sul vivente. Questa indagine col lipiodol ha come sole controindicazioni: la tendenza alle emottisi, la febbre, e l'esistenza di pneumopatie acute. Si può ritenere che la bronchiectasia, è molto più frequente di quello che non lo ritengano i più dei medici. È un errore pensare alle bronchiectasie solo se la secrezione è abbondante, purulenta, a vomiche, o fetida Bezançon e la sua scuola hanno messo in evi-

denza la frequenza delle dilatazioni bronchiali secche. Uno degli AA. pensa che la dilatazione bronchiale con fetidità si accompagni a forme sacciformi con cul di sacchi che si drenano male formando come dei diverticoli, e vengono così a rappresentare come dei vasi chiusi, ove han facile sviluppo gli anaerobi e invece le dilatazioni cilindriche o moniliformi che si vuotano facilmente, non danno fetidità.

La localizzazione paramediastinica prevalente delle bronchiectasie può essere bene messa in evidenza con il lipiodol. Essa può bene mentire la pleurite mediastinica, la quale del resto può complicare più frequentemente che non si pensi la bronchiectasia. Secondo gli AA. queste pleuriti purulente non derivano necessariamente dalla apertura delle bronchiectasie nella cavità pleurica, ma piuttosto da una propagazione dell'infezione bronchiale alla cavità pleurica per contiguità. Del resto le dilatazioni dei bronchi si accompagnano quasi fatalmente a processi infiammatori cronici, del polmone e della pleura, che conducono alla sclerosi polmonare, ed alla sinfisi pleurica, che spiega le eventuali consecutive deformità toraciche. Si ritenga che una immagine radiologica di pleurite mediastinica, che non ha una prova etiologica, che non si accompagna di sintomi mediastinici, deve fare pensare alla possibilità di una bronchiectasia, la cui dimostrazione si potrà fare, salvo controindicazioni, col controllo mediante iniezioni di lipiodol: in tale caso si deve ritenere che la pleurite mediastinica non esiste che come pleurite adesiva associata a una condensazione polmonare più o meno estesa.

L. TONELLI.

Le complicazioni laringee dell'influenza.

E. J. Moure (*Journ. Méd. de Bordeaux*, n. 9, maggio 1927) ricorda le complicanze laringee dell'influenza, e ne descrive la cura.

Nelle forme catarrali ed ulcerose, oltre il riposo, consiglia le polverizzazioni calmanti e le cauterizzazioni locali di cloruro di zinco all'1:50, 1:30 oppure di argirol allo stesso titolo, una o due volte la settimana.

Le forme infiltrative si giovano degli impacchi caldi ripetuti, sulla reg. anteriore del collo, e polverizzazioni con adrenalina, antipirina e cocaina. Nelle forme gravi le polverizzazioni si sostituiranno con le inalazioni di acqua di tiglio, della durata di non più di 5 minuti; astenersi dall'uso di mentolo, gomenolo, eucaliptolo.

L'infiammazione con l'edema laringeo raramente giunge fino alla stenosi, in modo da imporre la tracheotomia; le inalazioni di ossigeno calmano queste condizioni.

Nelle forme spasmodiche astenersi dagli oppiacei; usare la valeriana o i suoi composti, associati ai bromuri o al veronal. Le pomate nasali adreno-cocainiche sono utili per calmare la tosse. La raucedine che spesso ne residua si giova di applicazioni elettriche con corrente faradica.

La forma suppurativa ha bisogno della cura chirurgica.

CARUSI.

Apparato respiratorio e cellulite.

Alquier (*Arch. Méd.-Chirg. de l'App. Respirat.*, n. 6, 1926, t. 1°) mette in evidenza come le malattie dell'apparato respiratorio si accompagnino spessissimo a cellulite cervico-toracica transitoria o cronica che spiega numerosi disturbi di questi malati che altrimenti resterebbero oscuri. I dolori ordinariamente classificati come nevralgici o come pleurodinia devono invece ritenersi dovuti a cellulite sottocutanea; che si percepisce palpando la pelle sollevata in pieghe, come piccoli granuli ipodermici. Questi granuli sono dovuti a ingorghi linfangitici che vengono poi spezzettati per una violenta retrazione locale dei tessuti. Qualunque flogosi male spenta o torpida dell'apparato respiratorio produce un ingorgo permanente delle vie linfatiche dal focolaio flogistico fino al confluente linfatico sanguigno del collo.

La cellulite si svolge anche nei tessuti circondanti il faringe, il laringe e la trachea, sì che la fonazione e la respirazione restano alterate, sia meccanicamente (per restringimento spasmodico o permanente del calibro laringo-tracheale, che per immobilizzazione e retrazione toracica), sia per irrigidimento dei muscoli motori del laringe, sia per irritazione dei ricorrenti. La cellulite della regione cervicale che è frequente per infezioni piccole del naso-bocca-faringe può creare cefalee ribelli: cefalee cellulitiche.

La cellulite secondo l'A. sarebbe, specie nei primi tempi, bene curabile con mezzi fisioterapici che egli non riferisce però.

L. TONELLI.

Sulla frequenza dei vari tipi di lesioni tubercolari.

T. Todd (*Edimbourgh med. Journ.*, maggio 1926) dallo studio di oltre 400 autopsie trae le seguenti conclusioni.

Lesioni tubercolari si trovano nel 70 % dei morti per malattie non tubercolari: queste lesioni erano calcaree, cioè guarite, nella metà dei casi; in un decimo dei casi erano attive.

Negli adulti sono più spesso lesi i polmoni e le ghiandole tracheobronchiali; nei ragazzi, oltre queste localizzazioni, sono frequenti quelle nelle

ghiandole mesenteriche. Gli altri organi, salvo le ghiandole cervicali, sono infettati secondariamente.

La tubercolosi renale è sempre una localizzazione tardiva, e non guarisce.

Non furono esaminati fanciulli sotto i dieci anni, e quindi l'A. non può dire se, oltre le adenopatie mesenteriche, anche quelle cervicali si presentano frequentemente come forme primitive.

DORIA.

Alterazioni del tessuto polmonare da presenza di corpi estranei.

W. Manges (*Journ. A. M. A.*, 25 settembre 1926) osserva che ogni corpo estraneo produce alterazioni, prima o poi, specialmente nei tratti di polmone i cui bronchi vengono bloccati, ciò che può accadere in una parte del bronco più prossimale della sede del corpo estraneo.

Le alterazioni consistono in atelettasie, sclerosi, bronchiettasie, ascessi. Spesso si hanno emorragie; di rado si sviluppa la tubercolosi.

DORIA.

TERAPIA.

L'azione preventiva e curativa del bismuto contro la spirochaeta ittero-emorragica.

Chauffard ricordando i vari medicinali preconizzati contro questa spirocheta, argento colloidale, antimonio colloidale, atoxil, mercurio atossilico, argento atossilico, optochina, salvarsan, si fermò sopratutto sugli effetti di quest'ultimo che, specie per gli AA. Giapponesi, avrebbe fatto sparire le spirochete dal sangue delle cavie. Ma invece AA. Tedeschi avrebbero avuto risultati meno probativi con mortalità alta delle cavie, attribuibile forse però alla loro scarsa resistenza di fronte all'arsenico del salvarsan.

Sazerac e Hirosi Nakamura (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, n. 23, 7 giugno 1927) hanno volto l'attenzione alla azione curativa del tartrobismutato di sodio. Le cavie inoculate con la spirocheta e trattate *contemporaneamente* col bismuto non ammalarono, mentre i controlli morirono tutti.

Sopra sei cavie trattate al quarto giorno dopo la inoculazione, una sola non s'infettò. Gli AA. cercarono poi di vedere se l'azione preventiva poteva persistere più o meno lungo tempo. Essi in due riprese inocularono delle cavie già inoculate molto tempo prima e sopravissute per una pronta cura bismutica. Nessuna di queste cavie, alcune delle quali avevano ricevuto bismuto settanta giorni prima, si infettò, mentre tutti i controlli morirono.

Risulterebbe così provato non solo un potere curativo, ma anche un potere preventivo del bismuto contro la spirochaeta itteroemorragica; potere che può persistere durante un periodo assai lungo (cinque mesi almeno).

Sebbene meravigli una azione così persistente dovuta ad una sostanza chimica, si pensi che i preparati di bismuto, anche solubili, si accumulano nel corpo e rappresentano delle specie di depositi di riserva che possono agire a lungo.

L. TONELLI.

Contributo alla terapia del kala-azar.

Il Graziano (*La Pediatria*, n. 7, 1927) riferisce i risultati di 116 casi di Leismaniosi interna curati con il tartaro stibiato, introdotto per via endovenosa, secondo i suggerimenti di Di Cristina e Caronia.

La guarigione spontanea si può avere nella percentuale del 2,26 %; il tartaro stibiato, somministrato da un minimo di ctgr. 80 ad un massimo di ctgr. 118, agisce sui tessuti dell'organismo, aumentandone i poteri di difesa e di resistenza contro il parassita, e porta la percentuale di guarigioni al 12,5 %.

L'età ha scarsa importanza, perchè l'efficacia del tartaro stibiato s'è mostrata fino ad un massimo di 8 anni; l'interruzione della cura può produrre la morte dei piccoli infermi.

CARUSI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla fisiologia clinica dello stomaco.

Da studi accurati chimici e radiologici sullo stomaco, fatti al John Hopkins Hospital, risulta che ad un medesimo stimolo i vari stomaci normali rispondono con quantità di succo assai varie, e di varia acidità, la quale non è in rapporto determinato con la quantità di succo secreto Inoltre la motilità degli stomaci normali è assai varia.

Non conviene quindi parlare di acidità o motilità normale, iponormale, ipernormale, ma è più esatto parlare di media, scarsa, o forte acidità e motilità. (*Journ. A. M. A.*, 18 sett. 1926).

DORIA.

Il contegno della secrezione cloridrica dello stomaco in segnito ai vari modi di scontinuità dei nervi vago-simpatici.

G. Foà (*Gazz. Int. Med. Chir.*, Napoli, n. 9, 1927) ha condotto due serie di ricerche col fine di constatare le precise modificazioni della secrezione cloridrica dello stomaco susseguenti alla recisione dei vari elementi nervosi di questo viscere secondo il procedimento del prof. Schiassi.

La prima serie di ricerche è stata fatta nel-

l'uomo, due malati operati dal prof. Schiassi, di recisione di nervi pilorici e di rami vagali, questi ultimi alla parte più alta della piccola curva dello stomaco. Non fu fatta gastro-enterostomia.

I valori cloridrici che si sono rinvenuti dopo l'operazione, in comparazione dei valori notati prima dell'operazione, risultarono molto ridotti; tale riduzione fu duratura, giacchè fu riconstatata anche dopo quasi due anni dall'atto operatorio.

La seconda serie riguarda esperienze eseguite sui cani. In taluni animali l'A. ha sezionato principalmente i nervi pilorici, eseguendo una discontinuità simpatica; ed ha ottenuto dei valori che dimostravano un grande aumento della secrezione cloridrica dopo l'operazione. In altri animali ha sezionato i rami del vago ottenendo risultati che dimostravano una grande diminuzione della secrezione cloridrica.

In un terzo gruppo di animali finalmente l'A praticò nello stesso tempo la recisione dei nervi pilorici e dei rami del vago alla piccola curva ed ottenne valori cloridrici sempre in evidente diminuzione.

Le ricerche dell'A. appaiono di un interesse cospicuo perchè i risultati da lui ottenuti tanto nell'uomo quanto presso le tre serie di animali sono concordi nel dare la prova esauriente che la chirurgia fornisce un mezzo certo per correggere la secrezione cloridrica dello stomaco, seguendo le regole suggerite dallo Schiassi.

Traendo riferimenti clinici dalle sue ricerche, l'A. giunge alla conclusione che nell'uomo allorchè per cause nervose si abbiano perturbamenti gravi e persistenti della secrezione gastrica immodificabili colle solite cure, spesso infruttuose, degli internisti, si può intervenire operativamente sui nervi per ottenere un equilibrio permanente della secrezione stessa. A. P.

POSTA DEGLI ABBONATI.

L'acetato di tallio nelle tigne. — Al dott. S. Forte, Campobasso:

L'acetato di tallio è indicato contro le tigne, specialmente contro la tigna favosa e, pare, in alcuni casi di alopecie ribelli ad altri metodi di cura. Il suo uso però va riservato a bambini che non abbiano superato i 12 o 13 anni di età (impuberi cioè), che non presentino gravi alterazioni organiche o tare nervose, nella dose di 7-8 milligrammi per chilo di peso del paziente.

Si consiglia di non ripetere la somministrazione del tallio in caso di recidiva.

È necessario adoperare un prodotto assolutamente puro, sciolto al momento dell'uso in poca acqua zuccherata o in mucillagine gommosa, e somministrarlo prima del pasto del mattino.

Un esauriente lavoro riassuntivo sull'argomento può leggersi nella *Rassegna Clinico-Scientifica* dell'Istituto Biochimico Italiano, Milano, 15 settembre 1927, anno V, n. 9. V. MONTESANO.

Medici di bordo. — Al dott. G. L., da Parma:

1) È chiaro che nei sei anni di effettivo servizio non devono essere computati quelli trascorsi in aspettativa, perchè *effettivo servizio* non vuol dire servizio permanente, ma servizio effettivamente prestato. Non occorre però che esso sia stato continuativo.

2) I certificati per il servizio in Pediatria e Ginecologia devono essere rilasciati da una Clinica o da un Istituto analogo.

3) La legge non parla affatto dell'obbligo di provare la conoscenza di lingue estere da parte dei candidati ex-ufficiali. RIBOLLA.

Al dott. Michele Santilli, Belmonte del Sannio:

Avanzamento per il 1928 a scelta: può fare la domanda al Distretto con i titoli di studio (diploma, pubblicazioni). Per l'avanzamento ad anzianità per il 1928 non occorre domanda.

CES.

All'abb. n. 6817-1:

La sede centrale della « Rockefeller Foundation » è a New York, Broadway 61; la sede italiana è a Roma, Corso Vittorio Emanuele 168.

A. P.

Al dott. A. S., Ossuccio:

Il volume di N. TOSCANELLI, *La malaria nell'antichità e la fine degli Etruschi* è edito da Ulrico Hoepli, Milano, 1927; prezzo L. 25.

Del prof. B. GRASSI non conosciamo un volume recente; Ella vorrà riferirsi alla *II Relazione della campagna antimalarica di Fiumicino*, edita dagli « Annali d'Igiene » (supplemento), 1920; oppure ai *Contributi malariologici*, editi dall'Accademia dei Lincei (1923). A. P.

VARIA.

Scoperte in età giovanile.

Il *Journ. Am. Med. Ass.* (16 luglio 1927) riferisce i seguenti esempi di scoperte in età giovanile, specialmente nel campo della medicina e della biologia:

Jean Swammerdam scopre a 21 anni i corpuscoli rossi, esaminando il sangue della rana (1658);

P. Ehrlich a 23 anni scopre le Mastzellen e inizia le sue ricerche sulla colorazione;

Neisser scopre a 24 anni il micrococco della gonorrea;

Du Bois-Reymond scopre a 25 anni la differenza di potenziale tra nervi e muscoli interi e recisi e definisce l'elettrotono;

H. v. Helmholtz a 26 anni aveva già formulato la teoria della conservazione dell'energia;

Pareo a 26 anni aveva eseguito la prima disarticolazione del gomito; pubblicò a 35 anni il trattato sulle ferite da arma da fuoco;

A. v. Graefe descrisse a 26 anni il cheratocono, introdusse a 27 anni l'iridectomia; il padre, C. F. v. Graefe, aveva ideato a 29 anni l'operazione per la palatoschisi e fondato la moderna chirurgia plastica;

C. W. Long eseguì la prima operazione sotto anestesia eterea a 27 anni (1842);

Velpeau pubblicava a 28 anni il primo trattato dettagliato di anatomia chirurgica; Bichat a 28 anni il suo trattato sulle membrane; Eustachio a 28 anni completò le sue tavole anatomiche;

Vesalio a 29 anni correggeva i vecchi errori anatomici di Galeno, con la sua « De humani Fabrica »;

Darwin pubblicò la sua opera sull'origine delle specie a 29 anni;

Semmelweis a 29 anni scoprì la natura infettiva della febbre puerperale;

Jenner non aveva ancora 30 anni quando cominciò le sue osservazioni sulla vaccinazione;

C. Bernard a 30 anni aveva iniziato i suoi studi sulla funzione glicogenica del fegato;

F. Banting scoprì l'insulina a 31 anni (1923);

la signora Curie rese nota la scoperta del radium quando non aveva ancora 32 anni (1899);

J. Abernethy eseguì la prima cura dell'aneurisma dell'arteria iliaca esterna, mediante legatura, a 32 anni (1796);

Lawisier scoprì l'ossigeno a 32 anni;

Laënnec inventò lo stetoscopio a 34 anni (1815);

Hodgkin descrisse a 34 anni la malattia che ne porta il nome;

Widal ideò a 34 anni la prova che ne porta il nome;

Skoda sistematizzò l'ascoltazione e la percussione a 34 anni;

F. Schaudinn scoprì a 34 anni la spirocheta della sifilide;

Pasteur iniziò a 35 anni i suoi lavori sui fermenti;

E. v. Behring usò per la prima volta il siero antidifterico a 36 anni (1890);

T. Bartolino descrisse a 36 anni il dotto toracico (1652);

E. McDowell eseguì la prima ovariectomia a 38 anni (1809);

J. Priestley scoprì l'ossido nitroso a 39 a. (1772);

R. Koch scoprì a 39 anni il bacillo della tubercolosi (1882);

Falloppio completò le sue rimarchevoli scoperte poco prima di morire, a 39 anni;

Lister comunicò i primi successi dall'antisepsi quando non aveva 40 anni (1867);

Serveto pubblicò le sue scoperte sulla circolazione del sangue a 44 anni e Harvey descrisse la circolazione del sangue a 50 anni (1628).

O. F.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

Il nuovo ordinamento delle Scuole di Ostetricia.

La *Gazzetta Ufficiale* pubblica il seguente R. decreto-legge 12 agosto 1927, n. 1634.

Art. 1. — Gli studi per il conseguimento del diploma di levatrice si compiono nelle Scuole di ostetricia annesse alle cliniche ostetrico-ginecologiche delle Università e nelle Scuole di ostetricia istituite o che potranno essere istituite in città che non sono sedi di cliniche ostetrico-ginecologiche universitarie.

Art. 2. — Con decreto reale potranno essere istituite in città, che non sono sedi di cliniche ostetrico-ginecologiche, Scuole di ostetricia a totale carico di enti o di privati che con convenzione assumano l'impegno di far fronte alle relative spese.

Art. 3. — Il personale delle Scuole di ostetricia comprende, oltre i professori-direttori, aiuti, assistenti, levatrici-maestre e assistenti.

Il personale assegnato a ciascuna scuola è stabilito dal relativo ruolo organico, approvato col decreto reale di cui al precedente articolo.

Art. 4. — Ai posti di professore-direttore si provvede con nomina per concorso o per trasferimento.

Per i concorsi, i trasferimenti, gli incarichi e le supplenze si segue la procedura stabilita per le cattedre universitarie, e le relative proposte devono essere fatte dalla Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università cui compete la vigilanza sulla Scuola.

La nomina è fatta per un triennio e può essere definitivamente confermata con le norme fissate per la stabilità dei professori universitari. Il trasferimento è ammesso soltanto da Scuola a Scuola.

Ai professori delle Scuole autonome si applicano, in quanto è possibile, le disposizioni sullo stato giuridico dei professori universitari.

Art. 5. — Gli aiuti e gli assistenti sono assunti in seguito a concorso per esame con le norme vigenti per il personale assistente universitario. Gli atti relativi si svolgono presso l'Università cui compete la vigilanza sulla Scuola.

Per la nomina delle levatrici-maestre e assistenti si seguono le norme stabilite per il personale tecnico universitario.

Art. 6. — Possono essere inscritte come alunne alle Scuole di ostetricia le donne che abbiano conseguita la licenza complementare oppure l'ammissione al liceo scientifico o al corso superiore dell'istituto tecnico o magistrale o alla 4ª classe del ginnasio.

Possono inoltre essere inscritte le donne che abbiano superato gli esami del corso integrativo di avviamento professionale.

Le candidate non fornite di alcuno dei detti titoli di studio devono superare un esame di ammissione sul programma per la licenza complementare.

Art. 7. — Il corso di studi per il conseguimento del diploma di levatrice dura tre anni.

Art. 8. — Presso la Scuola di ostetricia possono essere costituiti corsi pratici della durata di almeno un mese e corsi di perfezionamento della durata di un anno. A detti corsi possono essere inscritte le levatrici già diplomate.

Art. 9. — Le tasse e sopratasse per le Scuole di ostetricia sono le seguenti:

Tassa di immatricolazione, L. 100; tassa di inscrizione, L. 200; sopratassa annua di esami, L. 75: tassa di diploma, L. 100; sopratassa di diploma, L. 100; tassa di inscrizione per il corso pratico, L. 50; tassa di inscrizione per il corso di perfezionamento, L. 500.

Art. 10. — Le tasse d'immatricolazione e di inscrizione e le sopratasse di esami sono devolute, per le Scuole annesse a Università, all'Università e per le Scuole non annesse a Università, alle Scuole stesse.

Le tasse d'immatricolazione e d'inscrizione sono destinate per le spese di funzionamento delle Scuole, le sopratasse di esami sono destinate per propine ai componenti delle Commissioni esaminatrici, in quote uguali. La tassa di diploma va all'Erario.

Art. 11. — Per gli atti di competenza delle Scuole di ostetricia sono dovuti i diritti di segreteria stabiliti dalla tabella H annessa al R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102.

I diritti di segreteria sono devoluti, per le Scuole annesse a Università, all'Università, e per le Scuole non annesse a Università, alle Scuole stesse.

Art. 12. — Per le Scuole di ostetricia esistenti nelle città di Aquila, Catanzaro, Novara, Venezia, Verona e Trieste restano fermi gli obblighi che disposizioni o convenzioni pongano a carico dello Stato o altri Enti per il mantenimento delle Scuole medesime.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Alla Società delle Nazioni.

In seno alla 45ª riunione del Consiglio, tenuta dal 13 al 17 giugno, sir Austen Chamberlain richiamò l'attenzione sulla Conferenza della mortalità infantile, che si è tenuta a Montevideo (Uruguay) sotto gli auspicî della Società delle Nazioni. Sei Stati dell'America Latina erano rappresentati a questa Conferenza da esperti. Sir Chamberlain rilevò che questa Conferenza è un simbolo dell'universalità della Società delle Nazioni. Espresse la speranza che sia seguita da molte altre, le quali contribuiscano a far meglio comprendere gl'interessi e i punti di vista particolari dei Membri della Società che la situazione geografica tiene lontani dal centro della Società stessa.

Il Consiglio si è occupato dei lavori del Comitato d'Igiene. Su relazione del visconte Ishii, rappresentante del Giappone, ha approvato l'accordo intervenuto recentemente tra il Comitato permanente dell'Ufficio internazionale d'Igiene Pubblica e il Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni, specialmente per quanto riguarda l'utilizzazione del servizio di informazioni epidemiologiche e l'adozione di un metodo di lavoro comune.

Il Consiglio si è anche occupato della protezione dell'infanzia, deliberando di trasmettere ai Governi il questionario sull'infanzia illegittima e prendendo altre deliberazioni.

Ha preso in esame alcuni problemi relativi alla Convenzione dell'oppio e degli stupefacenti in genere.

Il rapporto presentato dalla signora Larsen-Jahn, svedese, rammenta che la Commissione consultiva dell'oppio ha discusso a fondo la mozione del Governo italiano, che è la sola capace di scendere alle radici del male; colpire il funesto commercio alla sorgente, invitare gli Stati fabbricanti a ridurre la produzione della cocaina e degli altri stupefacenti alle quantità veramente necessarie alla medicina e alla scienza.

* * *

Il 28 settembre si è radunata a Vienna la Commissione per l'igiene infantile della Società delle Nazioni per accertare i motivi della mortalità dei bambini. Scopo principale della Commissione è quello di precisare i casi di morte evitabile.

La Commissione è presieduta dal direttore dell'Ufficio d'Igiene presso la Società delle Nazioni prof. Reichmann.

Il capo dell'Istituto Centrale Italiano di Statistica prof. Gini, in un suo discorso, ha rilevato i danni derivanti ai poppanti in seguito al caldo eccessivo durante il periodo dell'allattamento, e i susseguenti pericoli per la salute e per la vita dei bambini.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia.

Il Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia comunica:

Si rammenta ai sigg. Medici che sta per chiudersi la sottoscrizione per dare Ali alla Patria.

Le quote si ricevono presso gli Uffici del Sindacato in via dei Lucchesi 31, dove i sottoscrittori firmeranno apposita scheda.

Il Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia non dovrà essere secondo a nessuno nel dare sì nobile prova di devozione al regime.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Concorso per titoli a due posti di assistente per un biennio. Stipendio lordo L. 4400 oltre alloggio e vitto. Indennità provvisoria caro viveri. Documenti di rito. Termine utile 5 novembre p. v. Per informazioni rivolgersi presso la Direzione.

ASCOLI PICENO. — 1ª condotta urbana; scad. 15 nov.; tassa L. 50.15; docum. a 3 mesi dal 26 sett.; età lim. 35 a.; L. 7500, oltre L. 500 indenn. laurea, L. 1000 indenn. forese; 10 bienni ventes.; indenn. oltre il 25 % della popolazione; ab. 6568.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Aiuto della Divis. Oculistica; v. fasc. 41. Scad. 30 ott.

BRESCIA. *Amministrazione Provinciale.* — Coadiutore Laboratorio d'igiene. Scad. 20 ott. Vedi fasc. 39.

CAIAZZO (*Caserta*). — A tutto 30 ott. v. fasc. 41.

CATANZARO. *Amministr. Provinc.* — Direttore e assistente dell'Osped. Psichiatr. in Girifalco; rispettiv. L. 17,500 e L. 10,000, oltre alloggio, illumin., riscaldam. e vitto di 1ª classe. Scad. 15 nov. Rivolgersi Segreteria.

CODOGNÈ (*Treviso*). — Al 10 nov.; L. 8000 e 5 quadr. dec., oltre L. 700 uff. san. e L. 3500 cavallo od autom.; c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 25.

COMACCHIO (*Ferrara*). *Congregaz. di Carità* — Primario chirurgo direttore dell'Ospedale S. Camillo; al 30 ott.; vedi fasc. 37.

CORNEDO (*Vicenza*). — A tutto 20 ottobre; vedi fasc. 41.

MAGNANO IN RIVIERA (*Udine*). — A tutto 20 ott.; vedi fasc. 41.

MANTOVA. — Medico aggiunto all'Ufficio d'Igiene. Proroga alle ore 17 del 31 ott. È richiesto il diploma di laurea esclusa ogni limitazione di data.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Due medici assistenti interni residenti nell'Ospedale Sanatorio

Vitt. Eman. III per malati di tubercolosi, in Garbagnate. Scad. 29 ott. Vedi fasc. 40.

Assistente nell'Ambulat. Comunale di Med. int. per i bambini delle scuole e per i poveri; L. 2400 annue con obbligo di non meno di 2 ore di serv. giornal. e diritto a 30 gg. di vacanza annuale. Chiedere ann. Scad. ore 16 del 29 ott. Età mass. 35 a. Docum. a 1 mese (*sic*) dal 26 sett. Serv. entro 15 gg.

MERETIO DI TOMBA. — Proroga ore 18 del 30 ott.

MONTE S. GIOVANNI SABINO (*Rieti*). — Al 30 ott.; L. 10,500 condotta e L. 500 uff. san.; mezzo trasp. a car. d. Comune oltre 500 m. Docum. a 3 mesi dal 5 ag. Tassa L. 50.05. Serv. entro 15 gg

PADOVA. *Spedale Civile.* — Scad. 31 ott., ore 18; due assistenti effettivi dei reparti per tubercolosi; L. 5500 e 2 bienni dec.; stanza; medaglie di L. 30 per servizi di 24 ore; età mass. 30 a.; tassa L. 50.10 alla Tesor.; docum. a 3 mesi dal 25 sett.; serv. entro 20 gg. Chiedere ann.

PIANDISCÒ (*Arezzo*). — Al 31 ott., ore 17; lire 9000 per 1000 pov.; addiz. L. 3; L. 3900 p. cav. (variab.); 4 quinquenni dec.; L. 500 uff. san. Ab. 5000. Età lim. 35 a.; docum. a 3 mesi dal 1° ott.; serv. entro 15 gg.

POVIGLIO (*Reggio Em.*). — Al 25 ott., ore 18; 2ª cond.; L. 8000 e 5 quadr. dec., oltre L. 500-3000 trasp., c.-v., L. 600 ambul., addizion. L. 5 oltre i 1000 pov. Età lim. 35 a. Docum. a 3 mesi dal 25 sett.

PRASOMASO (*Sondrio*). *Sanatorio Umberto I.* — 2° assistente. Scad. 20 ott. V. fasc. 40.

SAVONA. *R. Prefettura.* — Uff. san. e capo dell'Ufficio d'Igiene del capoluogo; titoli ed esami; L. 14,950, un biennio di L. 1300 e 8 di L. 650, eventuali compensi, inden. serv. att. in L. 2800 e c.-v. in L. 720 se coniugato, L. 468 se celibe; età lim. 45 (50) a.; docum. a 3 mesi dal 1° ottobre. Ab. 57,315. A tutto 30 nov.

SULMONA. *Casa Santa dell'Annunziata.* — Assistente di chirurgia dell'Osped. Civ.; L. 3000 (*sic*) lorde; eventuali proventi per servizi speciali (*sic*). Scad. ore 12 del 25 ott. Età mass. 35 a. Tassa L. 50.

TARANTO. — Direttore sezione medico-micrografica del laboratorio prov. di igiene. Scad. 31 ott. Vedi fasc. 39.

TORINO. *R. Opera Pia-Ospedale di S. Luigi Gonzaga.* — A tutto 10 nov. 1 posto di medico batteriologo con stip. di L. 10,000 e 2/3 dei proventi esami e 2 posti di medico assistente con stip. di L. 5000, presso l'Ospedale-Sanatorio (regione Gerbido); età lim. 30 (35 ex-combatt., 39 invalidi di guerra); titoli; eventualm. esame per il primo posto. Rivolgersi alla Direz. in Gerbido Torinese. Doc. a 3 mesi dal 1° ott.

TRONZANO V. (*Vercelli*). — Scad. 1 nov.; 2ª cond.; L. 7000 per 300 pov.; addiz. L. 4; p. trasp. L. 2000; 2 c.-v.; tassa L. 50.05.

CONCORSI A PREMI.

Manuale sull'igiene della fanciullezza.

La Reale Società d'Igiene di Milano, a nome e per incarico della Cooperativa Farmaceutica di Milano, apre un concorso tra i medici italiani per un « Manualetto di Igiene della fanciullezza », intesa dall'ottavo al quindicesimo anno di vita.

Il concorso è dotato di un unico premio di L. 5000.

Il lavoro dovrà essere di mole non eccessiva, e cioè all'incirca di 175 pagine di formato editoriale (18×22), corpo 10; dovrà esser scritto in forma piana, semplice, attraente, e comprensibile anche dalle persone di modesta coltura.

Nel Manuale dovranno trovare adeguato svolgimento tutti gli argomenti riguardanti lo sviluppo del ragazzo, l'alimentazione, il vestiario, l'istruzione, l'educazione fisica e psichica, i giuochi, lo sport, i pericoli del tabacco e dell'alcool; i problemi della vita sessuale; l'orientamento professionale e la scelta del mestiere o dell'indirizzo di studi; i sentimenti famigliari, patriottici e morali; l'educazione della volontà, le eventuali deficienze intellettuali e morali e i provvedimenti più indicati a ripararvi, ecc.

Il lavoro per cui è aperto il concorso dovrà far parte della collezione: « L'Allevamento Umano », edita dalla Cooperativa Farmaceutica di Milano, attualmente composta dei seguenti volumetti: « Consigli alle future madri », del prof. Emilio Alfieri; « Igiene della prima infanzia », del prof. A. Del Piano; « Igiene dell'infanzia, dal primo al settimo anno di vita », del dott. Angelo Arcelli.

I lavori destinati al concorso dovranno essere inediti.

I concorrenti dovranno inviarli, in almeno tre esemplari dattilografati, a mezzo raccomandata, oppure consegnarli direttamente, alla Sezione Editoriale della Cooperativa Farmaceutica in Milano (113), via Passione, 8, non più tardi delle ore 16 del giorno 30 aprile 1928, ritirando regolare ricevuta. Il nome dell'autore dovrà essere presentato contemporaneamente, in busta suggellata e contrassegnata con un motto che sarà ripetuto sul manoscritto.

Il lavoro premiato resterà di proprietà della Cooperativa Farmaceutica di Milano, la quale sarà pienamente libera di non pubblicarlo, oppure di pubblicarlo in tutto o in parte nel tempo e nella forma che crederà più opportuni e anche su periodici e a capitoli separati.

I lavori non premiati potranno, non appena reso noto il giudizio, venire ritirati alla Sezione Editoriale della Cooperativa Farmaceutica di Milano, dietro presentazione della ricevuta rilasciata ed indicando il motto col quale vennero contraddistinti.

Premio A. Di Vestea.

È aperto il concorso al premio triennale « Alfonso Di Vestea » di L. 1000 lorde, da assegnarsi a quello dei laureati presso la Facoltà medico-chirurgica della R. U. di Pisa da non più di tre anni alla data del 31 dicembre 1927, il quale presenti la migliore monografia, degna di stampa, in tema d'infortuni sul lavoro, studiati specialmente sotto il riguardo della profilassi. Il concorso si chiude il 31 dicembre 1927.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono trasferiti i proff. Gino Acconci, stabile di Clinica ostetrico-ginecologica, da Parma a Pavia; Emilio Alfieri da Pavia a Milano.

Il prof. Giovanni Mingazzini è stato nominato Socio Onorario dell'« American Medical Association », dell'« American Neurological Association », dell'« Accademia Brasiliana di Medicina » e della « Società Brasiliana Neuropsichiatrica »; è stato nominato Socio corrispondente della Società Medico-Chirurgica di S. Paulo.

I proff. Roux, di clinica chirurgica, e Löwenthal, d'istologia e microscopia, che hanno lasciato l'insegnamento nell'Università di Losanna per limiti di età, sono stati nominati professori onorarî.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Seconda riunione di talassoterapia.

Da Venezia.

Il 26 settembre a Venezia ebbe luogo in una sala del Grand Hôtel Lido, gentilmente concessa, la seconda riunione della Sezione Talassoterapica della Associazione Medica italiana di Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica.

Furono lette importantissime memorie; il dott. Pullè di Riccione riferì su alcune pratiche poco note e poco usate di talassoterapia: quali l'uso dell'acqua di mare per irrigazioni e per uso interno.

Il dott. Grandesso illustrò le curve di aumento di peso negli individui mandati in cura sulla spiaggia di Pellestrina, facendo conoscere che mentre tutti i soggetti al loro arrivo aumentano di peso qualunque sia la stagione, tale aumento però è molto più marcato nei mesi freddi e freschi, che non nei mesi caldi. Nei soggetti che fanno prolungato soggiorno, l'aumento è massimo nell'inverno e primavera, mentre nell'estate si riduce assai, e qualche volta, nei mesi caldi, luglio e agosto diminuisce.

Il prof. Gallo confermò questo fatto anche nei soggetti sani che vivono al Lido.

Il dott. Magni comunicò le sue osservazioni di climatologia, di notevole interesse, perchè misero in luce caratteristiche poco note del clima della nostra spiaggia.

Il dott. Ceresole disse come dovrebbero esser fatte le osservazioni meteorologiche che servono per la climatologia, dimostrando che molto sovente i dati rilevati dai comuni Osservatorî Meteorologici si riferiscono a condizioni di ambiente che non corrispondono affatto a quelle nelle quali si vive.

Il prof. De Francesco riferì sulle indicazioni e controindicazioni delle cure solari e marine dichiarando che non tutte le forme morbose mandate al mare vi si avvantaggiano, e che le cure solari devono esser condotte con metodo severo, studiando la reattività dei soggetti ed infine che le diverse stagioni hanno azione variamente benefica sui vari morbi e sui vari soggetti.

Il dott. Grandesso comunicò sul coefficiente climatico nella cura elioterapica, facendo conoscere che contrariamente a quanto fu asserito da qualche autore, non è indifferente che la cura solare sia fatta in una località piuttosto che in un'altra, l'azione benefica del sole manifestandosi in qualunque luogo, anche in pianura, ma che il massimo effetto si ottiene quando sia integrata dell'azione del clima (nei casi illustrati dal dottor Grandesso dal soggiorno al mare).

Il dott. Bick ha riferito sulle variazioni della riserva alcalina durante la cura solare, dimostrando i benefici effetti della irradiazione solare diretta, notando però che durante i giorni di intenso calore, l'azione benefica viene ridotta e può anche mancare.

Il dott. Minutilla attirò l'attenzione dell'assemblea su di una clausola per la quale ogni edificio costruito in muratura sulle spiaggie, alla scadenza della concessione diventa proprietà dello Stato. L'oratore fece rilevare quanto dannosa sia questa disposizione per lo sviluppo degli istituti balneari, e fece votare dall'assemblea un ordine del giorno nel quale s'invoca dal Governo la modificazione di questa legge.

Il dott. Bardisian riferì sulla tecnica elioterapica nei mesi caldi, osservando che sarebbe gravissimo errore esporre al sole i pazienti nelle ore calde della giornata.

Infine il dott. Peloso lesse una dotta relazione sul clima di Sacca Sessola, illustrandone il carattere lagunare, tanto utile ai malati di petto, mentre non lo è quello della spiaggia, che anzi riesce fortemente nocivo.

Il prof. Vitali riassunse i lavori di questa riunione che riuscì di grande importanza per gli studi di talassoterapia, data la serietà delle memorie presentate e l'armonico svolgimento delle discussioni.

Notò come sono risultate due cognizioni importantissime: la prima che la cura solare deve esser regolata e sorvegliata in modo scrupoloso, perchè può, non di rado, riuscire dannosa piuttosto che utile, se non viene applicata a regola d'arte con intelletto e diligenza e che per dare

buoni effetti deve esser complemento della cura climatica.

La seconda: esser grave errore il credere che le cure marine debbano praticarsi solamente nei mesi estivi poichè in base a dati di fatto, non di rado sono più utili e profittevoli nelle stagioni intermedie e anche nell'inverno.

Egli tributò a nome dell'Assemblea un elogio al prof. Ceresole che organizzò la riunione e che con tanta passione da circa un ventennio si occupa delle questioni di talassoterapia con singolare competenza.

L'assemblea prima di sciogliersi, fissò come sede della riunione dell'anno venturo Rimini.

D.

NOTIZIE DIVERSE.

Congressi Medici Riuniti di Parma.

Inaugurazione.

I Congressi Medici Riuniti di Parma saranno inaugurati dal Ministro della Pubblica Istruzione S. E. Pietro Fedele.

Esposizione del «Giornale Medico Italiano».

Diamo la notizia ai nostri lettori ed ai Direttori dei Giornali Medici Italiani che oltre i Diplomi e menzioni onorevoli, il Ministro della Pubblica Istruzione ha concessa una medaglia da dare al migliore dei Giornali che sarà additato dalla Commissione che è presieduta dal prof. Cesare Cattaneo della Regia Università di Milano. Avvertiamo ancora che i Giornali devono essere spediti in modo che non vengano maltrattati nel trasporto e che non potranno partecipare alla Esposizione quelli che non abbiano mandato la somma di lire cinque per la spesa necessaria a mettere in evidenza in serie ordinata i Giornali Medici.

Mostra delle Stazioni di Cura.

Si avvertono i Direttori delle Stazioni Termali che oltre i Diplomi e le menzioni onorevoli il Ministro della Pubblica Istruzione ha stabilito di dare una medaglia come primo premio ai concorrenti. Invitiamo quindi i signori Direttori a mandare le richieste fotografie confezionate in modo che non ricevano offesa dal trasporto in Ferrovia. Si ricorda che insieme devono essere mandate anche lire cinque per le spese necessarie alla mostra.

Comitato dei Giornalisti Medici.

Siamo lieti di comunicare che il comm. dott. Alessandro Clerici ha accettata la Presidenza del Comitato dei Medici Giornalisti che interverranno ai Congressi Riuniti. Noi conosciamo il ben noto valore e la grande coltura di questo nostro Collega e gli va espressa gratitudine per avere accettato l'incarico cui sopra.

Convegno della Stampa Medica.

È stata diramata la seguente circolare agli aderenti all'Associazione della Stampa Medica Scientifica Italiana (Sezione Italia Centrale):

Egregio Collega,

Ricevetti, a suo tempo, l'adesione ch'Ella si compiacque di dare alla nostra Associazione della Stampa; e La ringrazio in nome della famiglia giornalistica italiana.

Sono lieto e lusingato che la quasi totalità dei giornali medici dell'Italia Centrale abbiano aderito e chiedo venia, se, malgrado una così simpatica manifestazione, non ho invitato i colleghi a costituire la Sezione, che accanto alle Sezioni dell'Italia Settentrionale e Meridionale, avrebbe costituito, a norma dello Statuto, l'Associazione Italiana.

Ho creduto opportuno finora soprassedere nel costituire il Comitato dell'Italia Centrale, perchè, per ragioni varie, non si sarebbe riusciti a costituire le due collaterali Sezioni dell'Italia Settentrionale e Meridionale.

Poichè invece reputo necessario, indispensabile, affermare la capacità e volontà nazionale di dare vita prospera e larga all'Associazione della Stampa Medica Italiana, ho preferito invitare tutti gli aderenti a prendere parte ad una riunione indetta a Parma per provvedere alla sistemazione definitiva dell'Associazione.

Le sarei personalmente grato se Lei intervenisse a questa riunione che spero decisiva. Ma se assolutamente Le fosse impedito, La prego di delegare uno degli altri periodici aderenti dell'Italia Centrale.

Le invio all'uopo l'elenco degli aderenti.

Con collegiali saluti.

V. ASCOLI.

Sono stati invitati al Congresso di Parma anche gli aderenti dell'Italia Settentrionale e Meridionale.

Congresso d'idrologia, climatologia e terapia fisica.

In una sala del Castello Sforzesco di Milano, ebbe luogo il 3 corr. l'inaugurazione del 28° Congresso nazionale di idrologia, climatologia e di terapia fisica.

Erano presenti il podestà on. Belloni, gli onorevoli Sgobbo e Bassi, il vice prefetto comm. Boltraffio, il prof. Pampana per la Direzione Gen. di Sanità Pubblica, il prof. Massarotti per il Sindacato medici fascisti, e numerosi idrologi.

Dopo un breve discorso di saluto del prof. Luigi Devoto, fondatore e presidente dell'Associazione medica italiana, ha pronunciato il discorso inaugurale il prof. Piccinini, presidente del Comitato ordinatore del Congresso.

Si è alzato quindi il podestà on. Belloni, che ha recato il saluto di Milano ai congressisti. Hanno parlato infine i proff. Pepere della Facoltà medica di Milano, on. Sgobbo, Salpietra, Ceresole.

Acclamazioni vibranti si sono avute all'indirizzo del Duce quando gli oratori hanno rivolto a lui il pensiero bene augurando.

Daremo in un prossimo numero notizia dei lavori.

Giornate Mediche Madrilene.

Si terranno dal 18 al 23 ottobre. Saranno discusse due relazioni, di Lozano, sulla chirurgia del sistema nervoso, e di Marañon, sulle aortiti. Sono in programma varie conferenze su argomenti d'interesse generale: Pittaluga, Le emodistrofie; Peña, Esplorazione funzionale del rene e Critica dei vari trattamenti dell'ipertrofia prostatica; Semprun, L'immunità locale; Valladolid, Il siero antigangrenoso; Pi y Suner, La sensibilità interna; Nóvoa Santos, Gli stati diabetoidi; Fernández Martinez, Evoluzione umorale della sifilide; Eizaguérre, Diagnosi radiologica dei processi pleuropolmonari con l'uso dell'olio iodato; ecc. Sono anche annunziate delle conferenze da parte dei proff. Gley (Francia) e Danielopolu (Romania) e molte comunicazioni, in gran parte su questioni d'attualità.

In occasione delle Giornate mediche si terrà per la seconda volta il Salone degli artisti medici. Tra le escursioni organizzate ve ne sarà una a Toledo.

La quota è di 20 pesetas. Per le iscrizioni e qualsiasi informazione rivolgersi al dott. Coca, segretario generale, Lagasca 38, apartado de Correos 1220, Madrid.

In coincidenza con le Giornate Mediche, dal 22 al 24 ottobre, si adunerà l'Associazione Spagnola di Neuropsichiatria. Segreteria: Rambla de Cataluña, 47, Barcelona.

Congresso medico di Cuba.

L'11 dicembre verrà inaugurato a Cuba il VII Congresso medico nazionale. Il Comitato organizzatore è presieduto dal Ministro dell'igiene e della beneficenza, F. M. Fernandez. Al Congresso sarà unita un'esposizione d'igiene.

I medici stranieri del "Nord-Sud" a Taormina.

I medici stranieri partecipanti alla gita nord-sud — organizzata dall'« Enit » allo scopo di far conoscere le nostre migliori stazioni climatiche — sono stati accolti a Taormina con la più squisita signorilità. Gli illustri ospiti si sono trattenuti nella città tre giorni. Il podestà, gr. uff. Atenasio, ha offerto in loro onore un sontuoso ricevimento, cui hanno preso parte tutte le autorità civili e militari.

Festeggiamenti a Medici italiani nel Brasile.

In occasione della Conferenza Interparlamentare che ebbe luogo testè nel Brasile, l'Accademia di Medicina di Rio de Janeiro, dopo di avere offerto un banchetto, ha tenuto una solenne riunione alla quale presenziarono S. E. il sen. Mangiagalli e tutti gli altri medici parlamentari recatisi nel Brasile.

In tale occasione hanno fatto importanti comunicazioni i proff. Fano, Mangiagalli e Paolucci. Il sen. Fano ha illustrato alcune sue ricerche sul cuore embrionale. L'on. Paolucci ha fatto una comunicazione sopra alcuni casi di ascaridiosi chirurgica. Il sen. Mangiagalli ha parlato dell'organizzazione dell'Istituto per gli studi sul cancro, creato a Milano, e quindi ha porto all'Accademia brasiliana il saluto ed il ringraziamento di tutti i colleghi italiani.

La cerimonia è riuscita una simpatica, utile ed apprezzata affermazione della scienza italiana.

La Facoltà di medicina dell'Università di Rio de Jàneiro ha offerto al prof. Mingazzini in occasione della sua partenza per l'Italia un pranzo di addio presieduto dal rettore magnifico dell'Università. Il Preside della Facoltà di medicina ha porto in italiano un caloroso saluto al prof. Mingazzini ed alla gloriosa scienza medica italiana.

Scuola di perfezionamento in Odontoiatria e protesi dentaria presso la R. Università di Bologna.

Sono aperte le iscrizioni per l'anno scolastico 1927-28 ai corsi di perfezionamento di odontoiatria e protesi dentaria per i laureati n medicina e chirurgia.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione dei documenti e nel versamento delle tasse.

Per programmi ed informazioni rivolgersi presso la Segreteria della Scuola, via S. Vitale, 59, Bologna (13).

Corso di perfezionamento alla Scuola Medica Ospedaliera di Napoli.

Dal 1° novembre al 4 dicembre a. c. avrà luogo nella Scuola Medica dell'Ospedale Incurabili un corso di perfezionamento in medicina e chirurgia e specialità.

Nel corso di medicina pratica saranno trattati argomenti speciali di cardiologia (prof. Pace), di malattie dell'apparato digerente (prof. Castronuovo), di malattie epatiche e renali (prof. Bucco), di malattie dell'apparato respiratorio (prof. Patricelli), di sierologia (prof. Bazzicalupo).

Nel corso di chirurgia pratica saranno eseguite operazioni chirurgiche e verranno dettate lezioni di clinica chirurgica generale, di semiotica chirurgica, di traumatologia, di chirrugia di urgenza, di urologia, di dermosifilopatia dai proff. Iacobelli, Laccetti, Scanga, Bruni, Mosca, de Berardinis.

Le domande in carta semplice dovranno essere indirizzate al Presidente della Scuola Medica Ospedaliera prof. Gabriele Tedeschi o consegnate all'ispettore degli Incurabili sig. Giuseppe Renzi dal quale potranno essere fornite tutte le informazioni che si desiderano.

L'iscrizione verrà fatta d'ufficio al pervenire di

vaglia di L. 100, diretto al Presidente della Scuola Ospedaliera, Ospedale Incurabili e si chiude il 30 ottobre corr.

Corso per medici condotti a Venezia.

Durante il prossimo mese di novembre sarà tenuto nello Spedale Civile di Venezia il consueto corso pratico accelerato pei medici condotti.

La tassa d'iscrizione è di L. 30 e anche questo anno un certo numero di medici che lo desiderino potranno essere ammessi all'internato.

Con ulteriore avviso si darà il programma dettagliato e per ogni informazione ci si può rivolgere alla Direzione dello Spedale Civile.

Corsi per infermiere presso la C. R. a Milano.

La Croce Rossa di Milano avverte che le inscrizioni ai Corsi di infermiere volontarie sono già aperte: nel prossimo anno scolastico verranno ampliati i corsi di specialità e di sociologia ai quali potranno assistere le Inf. Vol. già diplomate.

Le iscrizioni si ricevono presso l'Ispettorato delle Inf. Vol. (Via Sassi, 4) tutte le mattine dei giorni feriali dalle 10 alle 12.

Colonie estive e Ospizî marini.

Abbiamo in Italia un centinaio di Colonie fornite di una organizzazione assistenziale adatta, che compiono mirabilmente la loro funzione sociale, ma l'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia, destinata a coordinare e a sorvegliare tali provvidenze, studia in questo momento la trasformazione di molte Colonie estive in Colonie permanenti, per essere in grado di accoglierví nell'inverno tutti i bambini affetti da pronunciato linfatismo, rachitismo, o da manifestazioni chiuse e ambulatorie di tubercolosi chirurgica, che per le condizioni delle loro famiglie non potrebbero curarsi.

Studia, l'Opera Nazionale, la trasformazione delle Colonie estive, mentre si preoccupa dei dispensarí, degli ambulatorí e dei preventorí, destinati questi ultimi a sottrarre i fanciulli conviventi con malati di tubercolosi polmonare e quindi esposti al pericolo del contagio, e provvederà in seguito ai dispensarî per bambini con annesso aiuto materno, come ve ne sono già a Milano, Torino, Livorno, Firenze, Trieste e Padova, ch'è alla testa di tutte le nostre città nella lotta contro la tubercolosi.

Tra gli Ospizi permanenti destinati al ricovero dei fanciulli affetti da linfaticismo, la maggior parte dei quali sorgono sulle coste della Liguria, quello di Pietra Ligure, cui provvede l'Istituto Santa Corona di Milano — una fondazione che risale al XV secolo — capace di alloggiare duemila bambini (e i letti verranno portati ora a tremila) è senza dubbio il più importante non solo, ma tale, per la sua perfetta organizzazione, da competere coi più moderni Istituti del genere che si moltiplicano da per tutto in Europa e nelle Americhe.

Il più vecchio — sorto nel 1842 per opera del Barellai, un medico degli ospedali di Lucca che fu il primo in Europa a consigliare la cura del mare per gli scrofolosi — è quello di Viareggio che accoglieva allora i « gettatelli ».

Gli Ospizi marini permanenti, come abbiamo detto, sono ora un centinaio, mentre le Colonie estive — marine, montane, elioterapiche, campestri e fluviali — che nel 1922 erano appena 150 salirono a 800 nel 1924, in cui furono inviati nelle Colonie 120,000 fanciulli, a 900 nel 1926 e a 1200 quest'anno in cui i bambini mandati al mare in montagna o nei campi di sole han superato i 170 mila.

Il comandamento dell'on. Mussolini, il quale aveva voluto che fossero inviati alle Colonie estive il maggior numero possibile di fanciulli, ha avuto quindi piena e sicura attuazione oltre che per le iniziative delle Federazioni, dei Fasci, dei Comitati cittadini, che han trovata larga cooperazione nel campo magistrale, e larghi aiuti dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia (legge Federzoni), la quale ha dato sette milioni di sussidî suddividendoli tra le novantadue province del Regno in rapporto al numero degli abitanti e al numero dei fanciulli che dovevano essere inviati alle Colonie, dove i bimbi non rinvigoriscono soltanto i deboli organismi ma imparano ad amare la Patria, la Nazione, l'Italia, che vuole uomini forti di membra e di spirito per la sua vita di oggi e di domani.

Consorzio provinciale antitubercolare di Milano.

Il Consiglio Direttivo del Consorzio Antitubercolare Provinciale si è riunito nel Palazzo della Provincia (via Monforte) sotto la presidenza del gr. uff. avv. Sileno Fabbri il quale, assumendo la nuova carica conferitagli dal decreto legge che modifica i Consorzi Provinciali Antitubercolari, ha fatto un caldo elogio dell'opera feconda svolta dall'ing. Perego per il Consorzio stesso. L'avv. Fabbri nel suo discorso ha ricordato tutta l'importanza della lotta antitubercolare, posta in giusto rilievo dal Governo Nazionale, ed ha assicurato il suo più vivo interessamento ai lavori altamente benefici ed umanitari del Consorzio, mettendo pure in evidenza l'azione svolta dal Comune di Milano con larga visione del divenire della città.

Dopo altre pratiche di ordinaria amministrazione il Consiglio ha preso atto con vivo applauso della elargizione di L. 170,000 disposta dal gr. uff. rag. Carlo Sacchi per il Sanatorio di Cannobio.

Il padiglione psichiatrico del Trentino.

Alla presenza dei più illustri psichiatri italiani, si è inaugurato il 25 settembre il grande Padiglione psichiatrico del Trentino, uno dei più completi e moderni, sorto in due anni per opera del Fascismo che, nelle terre redente, ha voluto dare il maggiore impulso alle opere umanitarie di assistenza civile.

L'edificio misura una lunghezza di 11 metri e una larghezza di 34; consta di due piani spaziosi

e arieggiati. La spesa di costruzione è di oltre un milione e mezzo.

Le donne occuperanno il primo piano, gli uomini abiteranno il secondo. In appositi locali, sotto il livello del terreno, si trovano un gabinetto di chimica, i depositi della biancheria, il gazometro per il gabinetto dei raggi e un locale destinato all'allevamento degli animali per gli esperimenti e le osservazioni. Dal Padiglione si accede ai giardini, in cui i malati e le malate scendono separatamente.

L'autorità provinciale con grandi sacrifici pecuniari ha risolto uno tra i più importanti problemi assistenziali.

La « Fondazione Ospedale Militare » di Milano eretta in Ente morale.

La « Gazz. Uff. » pubblica il R. D. col quale, su proposta del Capo del Governo, Ministro della Guerra, la Fondazione Ospedale Militare di Milano, costituita con l'offerta di lire trentacinquemila nominali, fatta da privati cittadini milanesi a beneficio di sottufficiali e militari di truppa ricoverati nel detto Ospedale e bisognosi di aiuto, viene eretta in Ente morale, con l'approvazione dello Statuto organico relativo.

Le consultazioni radio-mediche marittime istituite nel Belgio.

Una Commissione interministeriale adunatasi a Bruxelles il 27 settembre sotto la presidenza del direttore generale della Marina, Pierrad, ha stabilito d'istituire le consultatzioni predette: il Belgio è così il primo Paese ad avere un servizio integrale del genere. Le navi di qualsiasi nazionalità potranno profittarne. I radio-messaggi medici avranno la precedenza assoluta sugli altri, eccettuati quelli S. O. S. Per non intralciare il traffico internazionale, si farà uso dell'onda secondaria di 300 m. Le lingue ammesse sono la francese e la fiamminga, sussidiariamente l'inglese. Potranno essere chiamate le stazioni radiotelegrafiche d'Anversa e di Ostenda; i messaggi verranno trasmessi telefonicamente all'Ospedale Militare d'Anversa. L'installazione del servizio a terra è affidata al colonnello medico Corbey. Le chiamate e le consultazioni sono gratuite; l'amministrazione telegrafica ha rinunziato alla sopratassa d'urgenza per le comunicazioni telefoniche; la Croce Rossa Belga si è offerta di coprire tutte le altre spese per il periodo di prova di un anno.

Ingrandimento della Scuola Medica di Indiana.

Sono in costruzione due nuovi edifizi per l'Università d'Indiana ed un terzo è in progetto.

Un ospedale ginecologico sarà pronto ad ottobre, potrà accogliere 70 pazienti, per lo più in camere private; esso è stato eretto con la somma di 350,000 doll., pari a circa 6 milioni di lire it., donata dai coniugi Coleman, in memoria della figlia, di cui l'Ospedale porterà il nome; lo Stato ha stanziato 75,000 doll. l'anno per la manutenzione.

Un edifizio centrale viene costruito dal Senato accademico; la costruzione era già stata avviata nel 1917, ma poi rimase sospesa a causa della guerra; ora è stata ripresa, mediante la somma di 100,000 doll. ottenuta vendendo la vecchia sede e con lo stanziamento statale di 50,000 doll. per l'arredamento. L'edifizio comprenderà numerose aule scolastiche, per 100 studenti ciascuna, un auditorium per 500 posti a sedere, alcuni laboratorî e la biblioteca, per la quale lo Stato stanziava 40,000 doll. in due anni, destinati all'acquisto di nuovi libri.

Il terzo edifizio sarà una casa per infermiere, donata dai fratelli Ball di Muncie; potrà ospitare 165 infermiere e sarà collegata mediante gallerie con le altre unità della Scuola.

Acquisto di libri rari dalla Facoltà Medica di New York.

La Facoltà medica e gli alunni della Columbia University stanno raccogliendo la somma di 35,000 dollari per acquistare la raccolta di libri antichi di medicina che appartenne al compianto prof. George S. Huntington, che a lungo tenne la cattedra di fisiologia. La raccolta comprende 4424 volumi, di cui 700 pubblicati tra il 1800 e 1850, e alcuni manoscritti. Ne fanno parte alcuni esemplari unici.

Centenario di Villemin.

Come abbiamo annunziato, subito dopo il Congresso francese di medicina interna verrà celebrato il centenario di Villemin. La commemorazione, posta sotto l'alto patronato del presidente della Repubblica Gaston Dumergue, si svolgerà dal 15 al 18 ottobre al Val-de-Grâce, alla Sorbona e all'Accademia di Medicina. Alla cerimonia della Sorbona interverranno il presidente della Repubblica e il ministro del lavoro e dell'igiene André Faillières; parleranno il prof. Calmette, il direttore dei servizi sanitari dell'esercito dott. Savornin, l'on. Faillières e i delegati ufficiali dei Governi stranieri. Alla cerimonia del Val-de-Grâce interverrà il ministro della guerra Paul Painlevé; parleranno il direttore della Scuola prof. Dopter, il prof. Léon Bernard e il ministro; verranno visitati, poi, l'esposizione commemorativa e il Museo della Scuola. Alla cerimonia dell'Accademia di Medicina interverrà il ministro della P. I. e belle arti Edouard Herriot; parleranno i professori Achard, Bezançon e il ministro. Il programma comprende anche « la giornata della tubercolosi » al Val-de-Grâce (16 ottobre), un festival, un banchetto, ecc. Altre commemorazioni si terranno all'ospedale Villemin di Nancy, a Bruyères e altrove.

Per informazioni rivolgersi alla « Direction du Service de Santé au Ministère de la Guerre », rue de Bellechasse 66, Paris.

Una conferenza dell'on. Blanc a Perugia.

Nella sala maggiore della R. Prefettura di Perugia i presidenti della Federazione provinciale umbra dell'Opera Nazionale per la maternità ed infanzia hanno tenuto un importante convegno sotto la presidenza dell'on. Blanc, presidente dell'Opera stessa.

L'on. Blanc, accompagnato dalle autorità gerarchiche locali, ha visitato la sede della Federazione provinciale fascista, dove ha ricevuto l'omaggio di tutti i segretari politici della provincia, delle avanguardie e dei balilla. Nella sala delle adunanze, affollata di camicie nere, hanno parlato applauditissimi il comm. avv. Oscar Uccelli, segretario federale e l'on. Blanc.

Nella sala dei Notari, al palazzo dei Priori, affollatissima, l'on. Blanc. per invito della R. Università per stranieri, presenti tutte le autorità civili, militari, ecclesiastiche e fasciste, nonchè le rappresentanze provinciali dell'Opera per la maternità e l'infanzia, gli avanguardisti, i balilla, le piccole italiane, presentato dal Rettore dell'Università, ha parlato applauditissimo sul « Fascismo dinanzi al problema della razza ».

Epidemie di paralisi infantile.

Notizie da Budapest recano che l'epidemia di paralisi infantile va assumendo in Romania carattere sempre più grave. Specialmente colpiti sono i sobborghi di Bucarest, dove la mortalità è assai elevata. Nelle provincie, e in particolare nella Transilvania, i casi sono pure assai numerosi. Il Governo romeno ha preso provvedimenti per limitare il contagio, rendendo obbligatorio il ricovero dei malati negli Ospedali. Le Scuole sono state chiuse.

L'epidemia si è manifestata anche in territorio ungherese, dove le autorità hanno immediatamento ordinato severe misure profilattiche.

In Sassonia si sono manifestati alcuni casi di paralisi infantile. Nonostante le misure igieniche prese dalle autorità sanitarie per limitare l'infezione questa accenna ad estendersi.

Nel periodo dal 9 al 15 settembre solo a Lipsia si sono verificati 69 casi dei quali 11 mortali.

Casi di febbre tifoide da acqua inquinata.

In un albergo di Pracchia (presso Pistoia) si sono prodotti vari casi di febbre tifoide, con alcuni esiti letali, in seguito a consumo di acqua della sorgente « La Fredda », ove pare che sia stata pompata l'acqua di un pozzo inquinata per la rottura dei tubi di scarico della latrina dell'albergo. Il proprietario dell'albergo è stato arrestato.

Tossi-infezioni da carni guaste.

Hoheumölsen (Germania) e in alcune località vicine, nel corso di cinque giorni, più di cento persone hanno presentato sintomi di tossi-infezione da carni guaste; uno dei colpiti è morto. È stata aperta un'inchiesta.

Idrofobia da carne affumicata.

I giornali recano che due coniugi, contadini di Bjecice, presso Mostar (Jugoslavia), sono morti di rabbia per aver mangiato carne affumicata di un bue morto di rabbia e di cui avevano voluto conservare la carne.

Mortale effetto di una cura col radio?

I giornali si sono occupati delle tragiche conseguenze che avrebbe avuta una cura depilatoria eseguita col radium, alle quali è andata incontro la signora Anna Pelluttier di Cuneo, morta a 37 anni.

Il Consigliere istruttore presso il Tribunale di Torino è stato interessato dalle autorità giudiziarie di Cuneo, dove è avvenuto il decesso della signora, a compiere a Torino tutti gli accertamenti che possono recar luce sul doloroso episodio. È stata aperta istruttoria contro il medico radiologo ed è in corso una perizia medica. Il sig. Pelluttier si è costituito parte civile.

Infortuni di sanitari.

Il colonnello medico a riposo dott. Francesco Romeo, di 58 anni, da Siderno, domiciliato a Napoli, è stato travolto da un treno della ferrovia metropolitana di questa città, presso la stazione centrale; trasportato al posto di pronto soccorso della Croce Rossa, poco dopo cessava di vivere.

Il dott. Gino Sorgato, direttore del mattatoio di Vicenza, mentre in motocicletta si recava a Conselve, si scontrava accidentalmente con due ciclisti che gli tagliavano la strada; fu sbalzato dalla macchina, riportando frattura comminutiva della tibia sinistra. Raccolto da un'automobile fu portato all'Ospedale di Conselve, ove ebbe le prime cure, poi alla Clinica chirurgica di Padova.

Al Tribunale di Padova si era appena iniziato il processo contro il dott. Augusto Cacciaguerra, di anni 55, da S. Carlo di Roversano (Forlì) medico condotto a Cesena, che doveva rispondere di un reato contro il buon costume, quando, all'improvviso, l'imputato, colpito da paralisi si abbatteva al suolo. Soccorso da un collega, che trovavasi nell'aula, il Cacciaguerra, in gravissimo stato, venne trasportato all'ospedale.

Per rubare il segreto di fabbricazione del piramidone.

Tre operai di una delle più grandi fabbriche di prodotti chimici, sono stati arrestati mentre si apprestavano a incassare la cospicua somma di 900,000 marchi (circa 4 milioni di lire italiane) per avere venduto il segreto di fabbricazione del piramidone e di altre sostanze a una fabbrica straniera. La fabbrica tedesca ebbe notizia del furto della ricetta e si potè apprendere che un suddito straniero che si qualificava per inglese era entrato in accordi con i tre operai a Francoforte. I quattro s'incontrarono. Risultò che la ri-

cetta che gli operai stavano per consegnare allo straniero corrispondeva quasi completamente a quella della fabbrica del piramidone.

Uno dei tre operai infedeli aveva nascosta la carta sulla quale aveva scritto la ricetta in una calza, i tre portavano inoltre seco un contratto bene elaborato, nel quale ponevano tra le altre condizioni il trasporto in aeroplano in Inghilterra, l'acquisto della cittadinanza inglese, il reimpiego in una fabbrica inglese con una interessenza del 6 per cento. Per il segreto di fabbricazione soltanto era fissato un compenso di 900,000 marchi. Trattandosi di tradimento soltanto tentato ma non condotto a termine, la polizia dovette rilasciare i tre operai. La fabbrica promuoverà tuttavia un'azione giudiziaria.

Falso medico.

Il falso medico Alfonso Prestileo, di cui abbiamo dato notizia e che dal Tribunale di Bergamo veniva condannato a due anni e otto mesi di reclusione, mentre veniva trasportato alle carceri riusciva a fuggire; è riparato all'estero.

Un medico che veste la tonaca.

I giornali hanno annunziato che il dott. Erminio Pampuri, medico condotto di Morimondo, presso Abbiategrasso, ha indossato veste di religioso e si è ritirato in un convento di Brescia ove continuerà ad esercitare la medicina nell'ospedale dei Fate-Bene-Fratelli.

Un medico ucciso.

Il dott. Pietro Rebuttati, di anni 50, da Genova è stato ucciso con un colpo di rivoltella da certa Cristina Caorsi di anni 33, sua amante, che egli aveva intenzione di abbandonare dopo una lunga relazione per passare a nozze con una dottoressa.

Con RUDOLF MAGNUS scompare una grande personalità, che lascia una traccia durevole nella fisiologia e nella farmacologia. Il Magnus aveva studiato ad Heidelberg, ove, sotto la guida di Kühne, si rese padrone della tecnica fisiologica e comprese che la fisiologia costituisce la base del sapere medico. Subito dopo egli passò nell'Istituto Farmacologico di Gottlieb, ove impresse immediatamente un'impronta di originalità alle ricerche e dimostrò anche rare attitudini didattiche. Il piccolo istituto divenne un centro importante di studi, ove si moltiplicarono gli allievi; Gottlieb non oppose alcun ostacolo a questo movimento, anzi lo secondò con la massima liberalità.

Le condizioni di carriera però non si presentavano promettenti per il Magnus. La fortuna gli venne in aiuto. Durante le ferie egli si recava spesso in Inghilterra, di cui apprezzava il valore dei fisiologi e dove, a sua volta, si fece presto apprezzare. Quando, nel 1908, l'Università di Utrecht cercava un farmacologo straniero, furono gl'inglesi a designare il Magnus, il quale venne subito assunto: così l'Olanda si assicurò una delle più promettenti energie della farmacologia. Egli rimase poi sempre in Olanda; la Germania non trovò mai il modo di chiamarlo: ma egli manteneva continuità di rapporti con la sua patria e ne valorizzò sempre la produzione.

Il successo di Magnus come scienziato e come insegnante ha pochi esempi. Da tutto il mondo affluivano gli studiosi, per modo che il vecchio Istituto farmacologico di Utrecht si dimostrò insufficiente: si riconobbe che un uomo del valore di Magnus aveva bisogno di maggior spazio per muoversi, e si provvide a costruirgli un istituto grandioso, un vero modello; alla messa in efficienza del nuovo Istituto il Magnus ha dedicato l'ultima sua operosità.

Ciò che caratterizza la produzione del grande scienziato è, oltre alla chiarezza limpida dei problemi e all'esattezza rigorosa delle indagini, lo stretto legame tra fisiologia e farmacologia. In due campi egli ha compiuto ricerche di valore fondamentale: sui rapporti tra l'innervazione e le influenze ormoniche nel sistema digerente e sui riflessi di posizione. Per quanto riguarda il sistema digerente le ricerche ulteriori dimostrarono che i rapporti erano ancora più complicati di come dapprincipio non fossero apparsi. Sui riflessi di posizione il Magnus ha aperto una via nuova; al suo spirito si affollavano le nuove ricerche; purtroppo esse restano in gran parte incompiute; spetta alla nostra generazione di continuare a svolgere la sua opera.

Malgrado la sua attività scientifica, Magnus fu sempre pronto a dare il suo tempo, il suo lavoro e il suo consiglio nel campo della medicina sociale e dell'organizzazione pratica della farmacia.

Era amico dei giovani, pei quali si prodigava.

S.

È morto a 54 anni in Svizzera per un accidente d'aeroplano (al passo di Benina), il prof. ERICH MEYER. Nato a Berlino, dopo essere stato assistente nell'Istituto anatomo-patologico di Ernst a Zurigo, passò nella Clinica medica diretta da F. v. Müller, nella stessa città; ivi compì importanti ricerche sull'alcaptonuria e sull'ematologia e serologia dell'emoglobinuria parossistica, le quali gli valsero la chiamata a Strasburgo, prima alla Policlinica medica, poi alla Clinica medica, quale successore di Wenckebach. Ivi condusse una serie di pregevoli ricerche sul ricambio idrico e minerale, e con Jungmann sulla dipendenza della funzione renale dal sistema nervoso. Vivo interesse destò il suo studio sulla sete. Molto apprezzate furono anche le sue ricerche sul tetano, in collaborazione con Weiler. Quando, nel 1918, Strasburgo passò ai francesi, egli mantenne il posto; ma fu presto chiamato alla Clinica medica di Gottinga, quale succes-

sore di Hirsch. Ivi egli spiegò intensa attività nello studio della circolazione; con Reinhold elaborò un metodo spettroscopico per lo studio del ricambio gassoso-tissulare e ne trasse delle deduzioni sulla velocità di sottrazione dell'ossigeno dal sangue quando s'interrompe la circolazione. Negli ultimi tempi si occupò in specie di terapia. Aveva una visione chiara e precisa dei problemi; il suo carattere era aperto e leale.

A. P.

Tra il generale compianto si è spento il dottor PAOLO MISSIROLI, il quale per 42 anni aveva svolto, in Castiglione di Cervia (Ravenna), opera indefessa di medico condotto, con tale abnegazione ed amore da meritarsi, quando andò in riposo, una medaglia d'oro ed una pergamena con dedica delle più significative: medico, consigliere, padre, Egli dimostrò con l'esempio che la vita è missione e che la gioia più pura è nel sacrifizio. I funerali riuscirono una imponente manifestazione di devoto affetto: venne sospeso il lavoro e tutte le case furono imbandierate o drappeggiate a lutto.

Hanno partecipato, con manifestazioni diverse, al lutto della famiglia, Arnaldo Mussolini, Alessandro Messea, Giuseppe Toeplitz e moltissime altre personalità.

Al figlio dell'estinto dott. Alberto, direttore della Stazione Antimalarica Sperimentale di Roma, esprimiamo il nostro cordoglio.

A. P.

La perdita del prof. ALFONSO MONTEFUSCO è stata molto sentita. Era nato nel 1862 a Napoli, ove si era laureato prima in scienze naturali, poi in medicina ed aveva conseguito la libera docenza in igiene. Fu dichiarato eleggibile alle cattedre d'igiene di Cagliari e di Palermo; ma volle restare nella città natale, ove coprì la carica d'ispettore sanitario del comune; fu poi nominato direttore dell'Ospedale Cotugno per le malattie infettive, ed ivi la sua opera si rivelò provvida. Fondò e diresse un periodico destinato alle malattie infettive. Fu sempre sulla breccia nella lotta contro le epidemie e si meritò tre medaglie d'argento per la salute pubblica. Lascia oltre 200 pubblicazioni, alcune delle quali molto apprezzate. Era amato e stimato. R.

È morto a Novara il prof. ROMOLO COSTA, che da 14 anni dirigeva quella R. Scuola pareggiata di Ostetricia e Maternità, notissimo per l'operazione di Costa (sinfisiectomia parziale), diretta ad ottenere una modica dilatazione permanente dei bacini viziati. P.

Si è spento a Marsala il dott. comm. SALVATORE ANGILERI, chirurgo primario dirigente dell'Ospedale, sanitario apprezzatissimo.

Indice alfabetico per materie.

Roma Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIV Roma, 24 Ottobre 1927 Fasc. 43

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA
SALA LANCISI - ROMA

Sulla positività della reazione di Wassermann nel liquido spinale nelle meningiti non luetiche

per il dott. GIOVANNI PILOTTI
medico primario negli Ospedali Riuniti di Roma

Il liquido cerebro-spinale dà una reazione di Wassermann negativa in tutti i casi, in cui il sistema nervoso non è affetto da un processo morboso di natura luetica. Il sangue può dimostrare i più alti gradi della reazione senza che questa compaia nel Liquor anche solo sotto forma di tracce; pur con l'uso del Liquor non diluito, la reazione resta negativa. Ciò vale per tutti gli stadi della sifilide, per le forme precoci e tardive, per gli stati morbosi manifesti e latenti. Anche in tutte le malattie non luetiche del sistema nervoso, che compaiono in individui affetti da lues, così nella lues più sclerosi multipla, lues più arteriosclerosi e così via, il Liquor reagisce di regola negativamente (Plaut-Rehm Schottmüller) (1).

Per la differenziazione delle malattie sifilitiche del sistema nervoso centrale dalla metasifilide da un lato e delle non sifilitiche, nei sifilitici, d'altro lato, vien molto raccomandato il così detto metodo di arricchimento del Liquor (die Auswertungsmethode), proposto da Hauptmann (2) e che consiste nel titolare il Liquor, cominciando dalla dose di 0.2 abitualmente usata nella reazione di Wassermann, in sempre più forte concentrazione, fino al Liquor non diluito.

Adoperando 0.2 di Liquor, la R. W. dà un risultato negativo, sia nei casi di lues cerebrospinalis che nei sifilitici con sistema nervoso intatto dalla sifilide; non è dunque possibile fare in base a questi risultati una diagnosi differenziale tra questi due gruppi morbosi. Con più alte dosi però il Liquor reagisce positivamente nella lues cerebro-spinalis, mentre esso dà reazione negativa nella lues non nervosa, pur usato senza alcuna diluizione, per cui è resa possibile una differenziazione tra queste diverse forme morbose (Plaut) (3).

Non sempre però il modo di comportarsi della reazione di Wassermann risponde alle regole de-

sunte in passato da una pur lunga serie di osservazioni e di confronti fra il modo di reagire del Liquor e del sangue, e viceversa, chè anzi, con l'andare degli anni, si son potuti constatare dei fatti che si trovano in contrasto con le affermazioni dei primi ricercatori e che contribuiscono, a loro volta, a rendere di difficile soluzione il problema che riguarda l'interpretazione della natura stessa della reazione di Wassermann.

Anche la specificità della reazione di Wassermann nel sangue, per la sifilide, ha subìto, come è noto, con l'andar degli anni delle limitazioni che però non vengono a diminuire la possibilità dell'utilizzazione pratica di essa. Così è noto che la R. W. può essere positiva nella scarlattina, nella framboesia tropicale, nella malattia del sonno tropicale, nella lepra, nella malaria, nella pellagra, nel lupus eritematosus, ecc.; nella malattia del sonno tropicale e nella lepra è stata trovata la presenza di reagine anche nel Liquor.

D'altra parte è ormai accertato (Nonne) (4) che nella così detta « lues pura » del sistema nervoso, sia nella lues cerebro-spinalis che nella forma arteritica della sifilide cerebrale, la Wa. R. nel sangue dà un resultato negativo almeno nel 20 % dei casi; e giova ricordare ancora che è stata messa in discussione la possibilità di trovare, nella paralisi progressiva e nella tabe, la R. Wa. positiva nel Liquor e negativa nel sangue e che anzi, secondo Kafka (5), ciò non costituisce per nulla una rarità (Kafka, Eicke (6), Weichbrodt (7), Nathan (8), Eskuken (9), Frigerio (10), ecc.).

Sembra inoltre che in casi di lues secondaria e di lues latente, nei quali non esiste alcuna complicazione nervosa, si possa avere nell'8-10 % dei casi una reazione positiva nel Liquor (Pappenheim, M.) (11).

Ed in ultimo sono state comunicate delle osservazioni le quali si riferiscono ad individui sifilitici, in cui durante lo svolgersi di un processo meningitico di natura sicuramente non luetica, la reazione di Wassermann era positiva, nel sangue e nel Liquor.

Questa differenza di comportamento della reazione di Wassermann e sopratutto la constatazione di una reazione positiva nel Liquor in casi di meningiti non luetiche, sopravvenute in luetici, è di interpretazione difficile, se si ammette, con la maggioranza dei ricercatori, che la formazione delle sostanze, che determinano la reazione di Wassermann nel Liquor, ha luogo nel sistema nervoso centrale.

È nota la lunga controversia che si è svolta tra i serologi allo scopo di risolvere il quesito della sede di formazione delle sostanze che danno luogo alla reazione di Wassermann.

Due sono le ipotesi che si contendono il campo: o gli anticorpi filtrano dal sangue nel Liquor, ovvero essi si formano localmente nel sistema nervoso centrale.

La questione non è facilmente solubile, anche perchè ci è ignota la causa della reazione di Wassermann; poichè mentre alcuni (Kafka) ritengono di ciò responsabili i lipoidi, altri (Wassermann (12) la attribuirono ad una tossina sifilitica, altri ancora (Citron) (13) ad un toxolipoide, altri (Sachs) (14) ad un'alterazione delle globuline del siero sifilitico; e Wassermann, tornando ancora sull'argomento, l'attribuì non più ad una tossina sifilitica, ma ad una distruzione dei linfociti ed altri AA. attribuirono l'azione anticomplementare del Liquor luetico ad *Abbaustoffen* di organi parenchimatosi (aminoacidi, lipasi), ecc. Kafka pensa che le reagine nel Liquor siano dovute all'azione di spirochete sul tessuto e che dalla presenza di una R. Wa. positiva nel Liquor si possa concludere per la presenza di spirochete o delle sostanze specifiche da esse derivanti. Ma, a parte la diversità delle opinioni sulla causa che determina la R. Wa., non tutti sono d'accordo, come ho già detto, sul luogo di formazione degli anticorpi; e, senza entrare nei minuti dettagli della questione, mi basterà accennare che la grande maggioranza dei ricercatori sono favorevoli ad ammettere che essi si formino localmente (Wassermann, Plaut, Hauptmann, ecc.); mentre altri in minor numero pensano che essi filtrino dal sangue (Zaloziecki) (15). Ma, anche i difensori della prima opinione, di fronte a casi di meningiti acute, non luetiche, in luetici, debbono interpretare la reazione di Wa. positiva nel Liquor come determinata da una maggiore permeabilità meningea, per cui è resa possibile la filtrazione di anticorpi dal sangue nel Liquor, pur riconoscendo che tale interpretazione mal si concilia con la dottrina della formazione locale degli anticorpi. È perciò che, non essendo ancora definitivamente risolta tale questione, mi sono indotto ad esporre succintamente una mia osservazione personale, la quale porterebbe ad ammettere la possibilità di una filtrazione di anticorpi dal sangue nel Liquor.

L'osservazione che riferisco riguarda un soggetto di 24 anni, tale Pisap... Francesco, ricoverato nella mia Corsia, nell'Ospedale di S. Spirito; risultò, da notizie assunte dai parenti, che il soggetto all'età di 17 anni si era contagiato di blenorragia e di lues. Dopo circa 2 anni dall'infezione, fu sottoposto a conveniente cura mercuriale, per la durata di circa 3 anni. In seguito, a causa di una nuova infezione blenorragica ebbe un'orchiepididimite. Durante il servizio militare gli furono praticate due iniezioni di neosalvarsan, dalle quali trasse poco giovamento. Da un paio

di mesi prima dell'ingresso in Ospedale si lamentava di dolori alla regione lombare, alle natiche e alle gambe, che nella notte aumentavano di intensità. Da circa due settimane febbre continua, non molto elevata, e cefalea a tipo prevalentemente notturno. Da qualche tempo aveva anche attacchi convulsivi che sopravvenivano sempre, a dire dei parenti, dopo che egli si era irritato. Pare che avesse avuto qualche volta emottisi.

Obbiettivamente, all'ingresso: scheletro regolare; cute e mucose pallide. Torace appiattito nel senso anteroposteriore, allungato, con angolo epigastrico acuto. A carico dei polmoni diminuzione del respiro ad ambedue gli apici; non rantoli.

Nulla di abnorme a carico del cuore; polso ritmico, eguale, a pressione media, della frequenza di 90 pulsazioni al minuto. Temperatura ascellare 38,7.

Nulla di notevole a carico dell'addome e degli organi addominali.

Secrezione uretrale muco-purulenta abbondante. Epididimi ingrossati con noduli duri all'epididimo destro; nodulo di consistenza molle elastica all'epididimo di sinistra. Micropoliadenopatia; glandole spostabili, aumentate notevolmente di consistenza. Nelle urine, albumina e zucchero assenti.

A carico del sistema nervoso: sensorio integro. Nulla di abnorme a carico dei nervi cranici e del tronco. I movimenti degli arti tutti possibili e pressochè normali. Andatura stentata, senza nessun carattere particolare; il soggetto attribuisce la difficoltà del cammino al dolore vago che ha agli arti inferiori e alla debolezza generale. Non disturbi a carico della sensibilità cutanea. Riflessi tendinei superiori ed inferiori presenti. Normali i riflessi cremasterici e gli addominali. Non Babinski.

Pupille bene reagenti alla luce. Non disturbi del linguaggio. Assenza di disturbi sensoriali.

Durante i primi otto giorni di degenza, febbre a tipo continuo-remittente, oscillante fra i 37,3 e 38,1, Persistenza di forti dolori agli arti inferiori e al capo, con esacerbazione notturna. Al 4° giorno si dovè procedere al cateterismo, per ritenzione di urina. Comparve anche una stipsi ostinata. Al 9° giorno forte obnubilazione del sensorio con disorientamento ed incapacità a comprendere le domande e ad esprimere in modo intelligibile il proprio pensiero. Continua la cefalea intensa. L'esame neurologico si dimostra ancora negativo per i nervi cranici. Si nota una ipotonia di tutti gli arti. Assenza di dolori lungo le docce paravertebrali e nei tronchi nervosi. Assenza di rigidità della nuca. Kernig presente. Riflessi tendinei torpidi d'ambo i lati. Pupille eguali bene reagenti alla luce. All'11° giorno, dopo un lieve miglioramento, compare un attacco convulsivo generalizzato, con perdita della coscienza, di breve durata. Presenza di albumina nelle urine. Al 12° giorno aggravamento ed assopimento completo. Obitus.

La puntura lombare dette esito a liquido di colorito leggermente giallo, a pressione non aumentata; albumina 0.70 ‰; la conta, eseguita con la camera Fuchs-Rosenthal, dimostrò 300 elementi per mm. cubico, con grandissima prevalenza di linfociti. Reazione di Nonne-Apelt positiva. Reticolo di fibrina presente. Reazione di Wassermann nel Liquor, positiva. Reazione di Wassermann nel sangue positiva. Non si rinvennero bacilli di Koch nel centrifugato del Liquor.

All'esame anatomopatologico: aderenze pleuriche diffuse bilaterali, tenaci, specie in corrispondenza degli apici polmonari. Sclerosi apicale bilaterale, con piccoli noduli caseosi ed alcuni noduli calcificati. Nodulo caseoso della grandezza di una noce, al lobo inferiore del polmone sinistro. Assenza di alterazioni anatomiche del miocardio e degli apparati valvolari. Aorta liscia, elastica. Assenza di alterazioni peritoneali, dello stomaco, intestino, fegato, pancreas. Lieve tumore acuto di milza. Glandole mesenteriche normali. Reni lievemente congesti. Testicoli: noduli sclerotici nell'epididimo destro; nodulo caseoso nell'epididimo sinistro. Cistite acuta. Uretrite acuta, purulenta. Dura madre normale. A carico della pia madre non si osserva presenza di essudati nè di noduli tubercolari, in nessun punto; solo quà e là essa appare ispessita per brevi tratti ed opacata. Null'altro si osserva alla base del cervello. Ventricoli cerebrali dilatati, essudato gelatinoso sulle pareti ventricolari, specie nei diverticoli posteriori dei ventricoli laterali. Presenza di essudato gelatinoso nella fossa romboidale e nel 3° ventricolo. Nulla di notevole ai tagli frontali del cervello. Nulla a carico del cervelletto. Il midollo spinale presenta la pia madre ricoperta, per tutta la sua estensione, di un essudato fibrinoso, scarsamente aderente, che va aumentando di spessore man mano che si scende verso il basso, per formare come un manicotto a livello del midollo lombo-sacrale. La metà inferiore del midollo appare di consistenza più molle di quella superiore. Al taglio si distingue bene la sostanza grigia dalla sostanza bianca e si nota una discreta iperemia.

L'esame istologico dimostra un ispessimento meningeo a carico della meninge spinale, specie della porzione lombo-sacrale del midollo. L'ispessimento è costituito di un essudato esclusivamente linfocitario, con infiltrazione parvicellulare delle radici spinali e diffusione verso la sostanza bianca dove si osservano numerosi vasi con guaine perivascolari infarcite di linfociti. Qualche ispessimento si nota anche a carico della meninge cerebrale, con gli stessi caratteri essudativi riscontrati nel midollo, ma molto meno marcati, e solo in chiazze isolate, quà e là. Assenza di cellule giganti. La ricerca dei bacilli di Koch nel tessuto della meninge spinale ha dimostrato la presenza di essi in numero molto abbondante.

In questo caso, dunque, in cui l'esame istologico ha dato, con la dimostrazione dei bacilli di Koch nella meninge spinale, la dimostrazione inconfutabile che il processo meningitico di cui morì il paziente, era di natura tubercolare, e non sifilitico, [problema istologico che in mancanza della dimostrazione dell'agente etiologico, (spirochete o bacillo di Koch), è spesso di difficile soluzione (Guccione)] (16), la reazione di Wassermann nel Liquor si era dimostrata nettamente positiva, allo stesso modo della reazione nel siero di sangue.

Evidentemente un tale reperto serologico va opportunamente vagliato, in casi consimili, in cui in individui sifilitici si svolge un quadro morboso a localizzazione nettamente meningea, ed in cui appunto la positività della reazione di Wassermann nel Liquor può portare ad errori diagnostici, inducendo ad interpretare come sifilitico un processo meningeo che ha invece una etiologia del tutto diversa. Nel caso da me riferito si trattava, come ho detto, di una meningite tubercolare. Scorrendo la letteratura ho trovato che casi consimili sono stati pubblicati in Germania da Hauptmann (17), Kafka, Zaloziecki, F. Plaut (18), Krämer (19), Assmann (20), Eskuken (21), ecc., e qualche caso è stato osservato anche da noi (Fornara) (22). Anche in altre forme di meningite, in casi di meningite purulenta, da otite suppurativa (Mucha) (23), di meningite da meningococco di Weichselbaum (Zaloziecki e Kraemer) oltre che nella meningite tubercolare, la reazione di Wassermann, positiva nel sangue, ha dato risultato positivo anche nel Liquor.

Gli AA. che hanno fatto le osservazioni suaccennate interpretano il fatto come una conseguenza dell'aumentata permeabilità dei vasi meningei, nei processi infiammatori, specie in quelli a carattere acuto, ciò che renderebbe possibile il passaggio nel Liquor delle sostanze che provocano la reazione di Wassermann (Plaut, Nonne, Hauptmann).

E l'osservazione fatta da Zaloziecki e da Kraemer che la R. Wa. nel Liquor, in casi di meningite epidemica, positiva, durante il periodo acuto della malattia, divenne poi negativa con lo scomparire delle alterazioni infiammatorie del Liquor e la guarigione dei rispettivi pazienti, conferma l'interpretazione suaccennata dell'aumento della permeabilità meningea, in queste circostanze morbose.

In questi ultimi anni sono state fatte delle interessanti osservazioni sul comportamento del Liquor, in alcuni casi di meningite non luetica (tubercolari o di altra origine) e anche in casi di carcinosi generalizzata (Dungern e Halpern) (24), di neoplasma cerebrale (Cl. Vincent) (25), di tumore midollare (Eicke e Löwenberg) (26), ecc., per cui la R. Wa. risultava positiva nel Liquor, mentre era negativa nel sangue, ed alcune volte, oltre ai dati anamnestici anche le ricerche anatomo-microscopiche escludevano la presenza di una infezione luetica.

Plaut (27), in una nota polemica, determinata da una pubblicazione di Kraemer, il quale comunicava di aver trovato la R. W. positiva nel Liquor in un caso di meningite non luetica, essendo la reazione negativa nel sangue, riaffermò la specificità della R. Wa. e sostenne che in tali casi si tratta di meningiti non luetiche sviluppatesi in soggetti luetici.

Ma, ulteriormente, come ho già detto, sono state fatte altre osservazioni a conferma di quelle, contro le quali insorse il Plaut.

Da un'accurata rivista dell'argomento pubblicata recentemente da Fornara in questo periodico risulta che queste reazioni di Wa. positive nel Liquor e negative nel sangue, che per l'assenza dell'infezione luetica dimostrata in alcuni casi anche con l'esame anatomomicroscopico (Iahnel) (28) debbono essere considerate come reazioni non specifiche, sono in realtà positive solo nel liquido cefalo-rachidiano fresco e non inattivato, e che appunto dopo l'inattivazione del Liquor (riscaldamento per mezz'ora a 56°) o anche dopo conservazione per 5-7 giorni in ghiacciaia, la R. Wa. dà un risultato nettamente negativo.

Ma poichè anche nel liquido cefalo-rachidiano delle affezioni sifilitiche il riscaldamento di esso può portare ad un indebolimento della R. Wa., fino ad ottenere una reazione negativa, anche in casi di sifilide certa, è prudente in pratica di eseguire sempre contemporaneamente la reazione nel liquido spinale fresco e nel liquido spinale inattivato (Fornara).

Ad ogni modo, comunque stieno le cose, non mi sembra inutile ripetere ancora con Plaut che è necessario guardarsi dal designare come luetica la meningite di un sifilitico, solo perchè la R. Wa. nel Liquor dà resultato positivo (e ciò tanto più nei casi in cui la sifilide non risulta nè dall'anamnesi nè dall'esame del sangue), ma è necessario avvalersi dei dati che possono essere messi in rilievo con l'esame clinico di altri organi (apparato glandolare, respiratorio, genitale, ecc.) e con la valutazione dei caratteri del liquido spinale, tenendo conto, in particolar modo, della presenza e dell'assenza del reticolo di fibrina, dei bacilli tubercolari o dei meningococchi e di altri germi eventualmente dimostrabili e del modo di comportarsi della reazione di Wa. nel Liquor fresco ed inattivato, per evitare, per quanto è possibile, grossolani errori di diagnosi.

LAVORI CITATI.

1. PLAUT, REHM, SCHOTTMÜLLER. *Leitfaden zur Untersùchùng, ecc.* Fischer, Jena, 1913.
2. HAUPTMANN H. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 51.
3. PLAUT, ECC. L. c.
4. NONNE M. *Syphilis und Nervensystem.* Karger, 1924, Berlin.
5. KAFKA. *Serologische Methoden usw.* Deuticke, F. 1924, Leipzig u. Wien.
6. EICKE. Citato da KAFKA.
7. WEICHBRODT. Monatschr. f. Psych. u. Neurol., 51, 1922.

8. NATHAN. Citato da KAFKA.
9. ESKUKEN. Münch. Med. Wochenschr., 1923.
10. FRIGERIO. Citato da KAFKA.
11. PAPPENHEIM M. *Die Lumbalpunktion*. J. Springer, Wien, 1922.
12. WASSERMANN. Berliner Klin. Woch., 9, 1921.
13. CITRON. Citato da KAFKA.
14. SACHS. Münch. Med. Wochenschr., 54, 1917.
15. ZALOZIECKI. Deutsche Zschr. f. Nervenhk., 1913, Bd. 46, H. 3.
16. GUCCIONE. Pathologica, 1° dec. 1925.
17. HAUPTMANN. Deutsche Zeitschr. f. Nervenhk., Bd. 42.
18. PLAUT, ECC. L. c.
19. KRAEMER C. Münch. Med. Woch., n. 41, 1918.
20. ASSMANN. Deutsche Med. Woch., 1911, n. 35-36.
21. ESKUKEN. Citato da NONNE.
22. FORNARA P. Policlinico, Sezione pratica, 1923, fasc. 25 e 26.
23. MUCHA. Citato da HAUPTMANN.
24. DUNGERN e HALPERN. Münch. Med. Wochenschr., september 1919.
25. VINCENT, CL. Revue Neurologique, 15 mai 1912.
26. EICKE u. LÖWEMBERG. Mediz. Klinik, 1921.
27. PLAUT F. Münch. Med. Woch., n. 45, 1918.
28. IAHNEL F. Arch. f. Psych., Bd. 56, H. 1.

NOTE E CONTRIBUTI

REGIA CLINICA DERMO-SIFILOPATICA DI BARI
diretta dal prof. G. MARIANI.

Studio clinico-statistico della sifilide viscerale e nervosa in Puglia. - Suoi rapporti con le manifestazioni cutanee

per il dott. GIUSEPPE SANNICANDRO.

In questi ultimi decenni le cognizioni sulla sifilide si sono arricchite di parecchi fatti importanti, tuttavia i limiti esatti, tutte le conseguenze di questa infezione sul sistema nervoso, apparecchio cardio-vascolare, respiratorio non sono ancora conosciute. Meglio dissodato ogni giorno il campo della sifilide degli organi interni si estende e la conoscenza profonda della eredità specifica amplifica immensamente i suoi confini.

Alcuni anni fa, era alla tubercolosi, alle tubercolosi non follicolari, infiammatorie, che si cercava di attribuire la maggior parte delle malattie croniche, delle malattie sclerosanti in particolare: oggi è alla sifilide. Quanto cammino è stato percorso dall'epoca di Parrot, Fournier, Lanceraux, considerati allora nel mondo medico come una specie di utopisti, ognuno dei quali lavorasse guardando solo nel proprio solco, obnubilati tutti dalla mania di scoprire in ogni angolo, un pò dovunque, il segno della lue. Verso il 1879 Vulpian, Charcot e Fournier ebbero una non lieta accoglienza, quando non esitarono ad annunciare che l'atassia locomotrice progressiva aveva con la sifilide delle affinità causali. Verso la stessa epoca eguali accoglienze toccavano a Cornil e a Lanceraux per aver rispettivamente dichiarato che ogni isolotto di ateroma aortico con calcificazione ed ispessimento parziale (l'aortite cronica insulare attuale) sviluppato in qualsiasi segmento del grosso vaso, e tutte le deviazioni e stenosi cicatriziali, con o senza dilatazione parziale, dell'albero respiratorio dovevano entrare nel campo di una sifilide più o meno latente.

Intanto, l'istopatologia coltivata in Germania entrava in iscena, mentre la clinica si sforzava di recare all'anatonomia patologica i risultati delle sue ricerche, pur domandando a sua volta di essere illuminata. Così le gomme sifilitiche del fegato ed il fegato sclero-gommoso si trovavano definitivamente classificati. Il sarcocele sifilitico, testicolo sclero-gommoso per lungo tempo confuso coi tumori della ghiandola genitale prendeva posto esso pure nel quadro.

Un gran passo fu fatto con la scoperta dell'agente patogeno e della R. W.

Oltre ad allargare il suo dominio, la sifilide viscerale sembra sia divenuta più frequente in questi ultimi decenni. Mentre prima si osservava lo svolgersi della sifilide recente con tutta la sua classica sintomatologia, di cui facevano parte integrante, oltre i noti esantemi, deperimento, anemia, febbre, cefalea cui successivamente, seguivano le affezioni tardive della cute, delle ossa, del testicolo, attualmente invece è divenuta più mite. La sifilide ha perduto la sua indole di malattia cutanea, epperò non c'è più bisogno di trattarla in una clinica dermatologica — scriveva Finger nel 1925, trovando consenzienti Iodossahn, Scholtz. È questa perdita del carattere di malattia cutanea nei paesi di avanzata civiltà sotto l'influenza dei trattamenti moderni, precoci ed intensivi, specie della terapia salvarsanica, che è la causa della maggior frequenza delle localizzazioni viscerali? Perchè la sifilide determina in certi individui lesioni a rapida evoluzione, mentre in altri si stabilisce d'emblée una sclerosi incurabile? Perchè una minima percentuale di ammalati incorre nel terziarismo ad onta di cure? Gli è che oltre ai fattori ancora per noi sconosciuti, concorrono al pericoloso prolungamento gli errori fisici e morali, il defedamento dell'organismo dovuto a malattie croniche concomitanti, intossicazioni, influenze ereditarie?

Se si analizzano i sintomi che presenta un ammalato durante il periodo attivo dell'infezione è manifesto che parecchi visceri sono colpiti, e perciò non si può più ammettere la sifilide viscerale solo allorqando si producono dei sintomi

così netti da rendere evidente la localizzazione della spirochetosi. I fenomeni patologici che rendono possibili le lesioni sifilitiche dei visceri sono abbastanza simili a quelli che regolano l'evoluzione della sifilide cutanea. Le lesioni viscerali, come le manifestazioni cutanee, essendo sotto la dipendenza della grande setticemia, sono abitualmente superficiali, diffuse, poco distruttive, suscettibili di soluzione rapida. Ora, queste localizzazioni sarebbero tanto più facilmente suscettibili di soluzione rapida quanto più rapidamente ed intensamente la pelle interviene nei processi immunitari, dei quali il primo fenomeno è la roseola.

Senza limitare esclusivamente alla pelle i processi immunitari nella sifilide, pure non si può negare ad essa una parte preponderante in queste azioni, come lo provano le vecchie constatazioni della rarità delle affezioni viscerali e nervose negli individui con manifestazioni cutanee e mucose. Gli studi immunitari in questi ultimi anni hanno portato a stabilire la legge che la comparsa di uno stato di immunità generale coincide con quello dei fenomeni allergici, dei quali le alterazioni cliniche sono una manifestazione e dimostrazione. I tessuti all'apporto dei microrganismi o delle loro tossine oppongono una reazione allergica, prodotto di un duplice processo di ipersensibilità dell'intero organismo o di un tessuto di esso per la lostanza eterogenea atta a svegliare nella cellula e nell'organismo allergico uno stato di sofferenza più spiccato di quello offerto dalla cellula normale, e di rinforzata capacità di reazione, per la quale l'elemento ipersensibile più rapidamente che di norma mette in attività i procedimenti ed elabora le sostanze atte ad allontanare lo stimolo. Questa legge vale anche per la sifilide nella quale il primo fenomeno allergico sarebbe rappresentato dalla roseola, allergia che raggiunge l'acme nel periodo tardivo, durante il quale i tessuti reagiscono all'invasione treponemica con reazioni flogistiche imponenti, quali ad esempio le gomme e gli infiltrati gommosi.

È appunto lo stato di immunità sviluppantesi sotto l'azione della infezione che dirige l'andamento della malattia secondo Gennerich, il quale pensa che l'evoluzione meningea della sifilide dipende dalla partecipazione della pelle alla infezione sifilitica. Essa può quindi decorrere in due modi differenti e cioè o col carattere di immunità debole o col carattere di immunità forte. Nell'inizio della malattia l'immunità è sempre debole, ma col tempo o può rimanere della stessa intensità o crescere, nel qual caso si sviluppa il terziarismo. Quale luogo principale donde parte l'immunità considera anch'egli la pelle e le ossa. Già fin dal principio della infezione per la sua stessa estensione essa riceve la maggior parte dei germi che ivi stimolano la produzione di corpi immuni, mentre ciò negli altri organi avviene in grado minore .Col tempo, quando diminuisce in tutto l'organismo la quantità di germi, la pelle continua a conservare la sua posizione preponderante nell'immunità, in quanto chè va aumentando la sua funzione immunitaria. Il terziarismo della pelle diventa indice dell'attività dei corpi immuni che conducono all'annientamento dei germi in altri organi e nelle meningi, ove viene a cessare un pericolo di una metalue. Per Wilmanns la patogenesi della metalue è in relazione con un pronunciato cambiamento del decorso della sifilide « Tabes und Paralise Werdenn zumeist von einer simptomarmen Lues engeleitet ». La causa di questo cambiamento nel quadro esterno della sifilide decorrente verso la tabe e la paralisi progressiva vede Wilmanns come pure Gärtner nell'influenza del trattamento specifico, il quale ha coltivato un ceppo speciale di spirochete con tendenza neurotropica. Questa teoria della sifilide neurotropa, sostenuta cinquanta anni fa da Morel-Lavastine è stata ripresa da Nonne in Germania e difesa da Levaditi e Marie in Francia. L'insieme delle prove e presunzioni che questi autori hanno accumulato tendono a dimostrare una sol cosa e cioè che il treponema dei p. p. ha delle proprietà biologiche differenti da quelle di certi treponemi prelevati da lesioni iniziali. Uno degli argomenti addotti in favore della loro teoria è il contrasto tra la leggerezza degli accidenti primari e secondari da una parte, la gravità delle manifestazioni nervose d'altra parte nei p. p. Ma questa regola soffre di numerose eccezioni. Si sono viste tanto delle sifilidi cutanee floride complicarsi ad affezioni parenchimatose del sistema nervoso centrale, tanto delle sifilidi attenuate non trattate, condurre alla p. p., ciò che induce ad ammettere che vi sono delle sifilidi più volentieri viscerali che cutanee, senza bisogno di invocare un organotropismo. Alla rarità della p. p. e tabe negli abitanti dei paesi caldi, nei quali la sifilide abituale è florida e mutilante, si oppone la dimostrazione che lo stesso Virus dermotropo ha prodotto presso gli europei lesioni nervose. L'esistenza della sifilide nervosa coniugale costituisce uno degli argomenti più impressionanti che si è fatto valere a favore della dottrina della dualità del virus sifilitico. Constatare infatti una determinazione nervosa esclusiva nei due soggetti nei quali la sifilide è dovuta con tutta verosimiglianza ad uno stesso treponema, equivale a dare la prova che certi virus hanno una affinità elettiva per i centri nervosi. I fatti hanno

contradetto l'ipotesi di un virus essenzialmente neurotropo. La morfologia del treponema tirato in causa è stata dimostrata essere in dipendenza dell'età delle lesioni e non un indice della affinità tissulare del virus. Più ovvio sembra l'ammettere che non un ceppo speciale di treponemi determini le localizzazioni sistematizzate del nevrasse, ma che esse siano piuttosto da imputare all'azione del virus comune, favorita o modificata da peculiarità del terreno su cui il germe si sviluppa.

Gennerich più che un cambiamento, una maturazione della sifilide nel tempo ritiene un fattore importante nella determinazione della metalue la stessa terapia antisifilitica della sifilide giovane.

Questa ipotesi deriva dalla spiegazione che Ehrlich ed i suoi allievi Desneux e Dujardin avevano dato della patogenesi delle neurorecidive osservate dopo l'introduzione dei preparati di organici di arsenico nella terapia antisifilitica. Alcuni autori, tra cui Rille, Finger, Buschke hanno sostenuto doversene incolpare i prodotti della loro trasformazione nell'organismo, ma non hanno tardato ad abbandonare questa ipotesi per la constatazione che in alcuni casi in cui, malgrado la comparsa dell'affezione nervosa, il trattamento arsenicale era stato continuato, la lesione del nervo era rapidamente migliorata e guarita. Secondo Ehrlich, nel decorso spontaneo dell'infezione si va sviluppando l'immunità specifica, la quale controbilancia l'effetto dannoso dei germi, anche di quelli che risiedono nei nervi. Quando però, per effetto della cura, i germi vengono annientati, viene meno lo stimolo che provoca l'immunità. E nel caso che la distruzione dei germi non è completa, quelli che sopravvivono non incontrano più alcuno ostacolo e danneggiano maggiormente i tessuti che non avvenga nel decorso spontaneo della malattia. Il Salvarsan è bensì capace di distruggere rapidamente le spirochete, purchè sia usato in quantità sufficiente, altrimenti la sterilizzazione rimane incompleta e le spirochete rimaste specialmente nei nervi meno accessibili alla penetrazione del rimedio ricominciano la loro azione deleteria. Secondo Gennerich, il quale trasporta questo concetto nell'intero campo della terapia antisifilitica, qualsiasi intervento terapeutico crea delle condizioni simili a quelle considerate da Ehrlich. Qualunque trattamento, fatto con mercurio o con salvarsan, appunto perchè danneggia i germi infettivi, intralcia lo sviluppo dell'immunità: ogni effetto curativo sui sintomi non viene raggiunto che a danno della medesima. A seconda l'intensità della cura, la sua influenza sulla immunità varia assai: cure deboli la lasciano immutata; una sola cura forte può indebolirla, ma soltanto transitoriamente. Il trattamento che maggiormente riesce dannoso per l'immunità sono le cure ripetute che si sogliono fare nei primi anni della malattia. Esse impediscono un risveglio forte della infezione che altrimenti si sarebbe potuto sviluppare e avrebbe potuto provocare l'alto grado di immunità del terziarismo necessario all'annientamento dell'infezione cronica delle meningi.

Gaertner condivide le vedute di Gennerich e pensa che per lo sviluppo della metalue occorrono più fattori e cioè: 1) un certo grado di ipoallergia dell'organismo; 2) aumento di questa debolezza allergica a causa di soppressione o di procrastinazione del mutamento allergico provocata dal trattamento specifico in generale. Bisogna invocare per spiegare le differenze di azione della sifilide sui visceri delle ragioni tirate dalla evoluzione anteriore della malattia come si è tentato di fare per la sifilide nervosa? Ammetteremo che una sifilide cutanea florida, che una allergia cutanea crea una certa immunità per tutti i visceri, e che un trattamento precoce rischia di aggravare l'evoluzione ulteriore della malattia? Le statistiche di Fournier provano, con una indiscutibile autorità, la grande rarità degli accidenti terziari dei soggetti sottomessi di buon'ora e per lungo tempo ad un trattamento mercuriale. Egualmente Scholz-Sadereck da un paziente ed accurato studio dei casi di sifilide osservati all'ospedale di Breslavia dal 1900 al 1921 rileva che la proporzione degli accidenti terziari è costantemente abbassata, che già il trattamento mercuriale li aveva resi relativamente rari e che la proporzione è ancora più debole dopo l'impiego del salvarsan. Prokaptschov della clinica di Mosca su 600 ammalati di neurolue, ha constatato un insufficiente trattamento nel 63,67 % e soltanto nell'8,76 % un trattamento accurato.

Gli studi sulla sifilide sperimentale del coniglio ripresi da Brown, Pearce, Kolle illuminerebbero di nuova luce la patologia della sifilide. Kolle è riuscito a dimostrare come nella maggior parte dei conigli, nei quali l'innesto non dà segni di attecchimento locale, le ghiandole linfatiche prossimiori ed anche quelle lontane sono invase dalla spirochete, cosicchè inoculate a conigli sani riproducono la malattia. Kolle chiama Nuller l'animale che si trova in condizioni di infezione generale senza presentare od aver presentato manifestazioni esterne. Nulla vieta di pensare che nell'uomo possa verificarsi lo stesso fatto che Kolle ha dimostrato nel coniglio: che si abbiano cioè, in alcuni casi almeno, delle infezioni subdole, senza manifestazioni locali e ge-

nerali, e che in patologia possano esservi dei Nullern come in quella sperimentale. Si potrebbe da ciò pensare che appunto queste sifilidi asintomatiche permettano il determinarsi di affezioni viscerali e nervose, perchè sfuggono al trattamento.

D'altra parte, non vanno trascurati nella spiegazione delle speciali localizzazioni del virus sifilitico fattori accessori. Così la sifilide, la quale sola tende a sboccare alle lesioni classiche gommose e sclero-gommose, genera delle sclerosi viscerali quando è associata all'alcool, che ha gran parte nella eziologia delle affezioni cardiovascolari, nervose, epatiche; il saturnismo ed il tabagismo agiscono nello stesso senso.

Il problema si complica in una certa misura per le condizioni fisiologiche. Accanto a malattie propriamente dette non si deve rilevare l'importanza dell'età, della senescenza degli organi?

*
* *

Gli anni scorsi la sifilide viscerale è stato oggetto di parecchie compilazioni statistiche. Hubert ha stabilito dal materiale della clinica di Romberg che il 13 % del numero totale degli ammalati offrono questo o quel fenomeno di lue viscerale; Wittgenstein e Brawitz hanno trovato il 7.54 % dal materiale della clinica di Golscheider. La compilazione necroscopica dà senza dubbio una cifra bassa: così Mierckie ha constatato il 0.71 % di lue viscerale su 21245 autopsie, Gürich il 3.5 % su 23.179. Netschaew e Eward su un numero di 15,767 ammalati deceduti all'ospedale di Leningrado dal 1912 al 1924 hanno trovato sifilide in 437 casi e cioè nella proporzione del 2.14 %. Questi autori hanno constatato che il primo posto fra le malattie sifilitiche è occupato tanto negli uomini come nelle donne dalle affezioni dell'apparato cardio-vascolare; al secondo posto si trovano le affezioni nervose negli uomini, del fegato nella donna, al terzo negli uomini quelle del fegato, nella donna quelle del nevrasse, al quarto posto quelle dell'apparato respiratorio. La frequenza generale delle malattie interne di origine sifilitica è inferiore a quella della tubercolosi (15 %) e del cancro (7.54 %) secondo le statistiche anatomo-patologiche di Wittgenstein e Brawitz, Netschaew e Eward.

Non mi risulta che l'argomento della sifilide viscerale sia stato oggetto di studio statistico in Italia e tanto meno in Puglia nel periodo pre e post-bellico, dimodochè vengono a mancarmi dati che avrebbero potuto servirmi di confronto in questa mia compilazione, per stabilire in quale modo la guerra abbia influito sulla frequenza della sifilide viscerale.

I dati che riferisco sono stati desunti dalle storie cliniche degli ammalati ricoverati in Clinica medica e dal materiale dell'ambulatorio e Clinica Neurologica, e da quello dell'ambulatorio e Clinica dermosifilopatica. Per avere dati più rispondenti alla realtà ho creduto opportuno riportare i dati percentuali per il nostro ambulatorio al numero totale dei luetici visitati, escludendovi i casi di dermatologia. Date le difficoltà di porre con certezza la diagnosi di lesione viscerale di origine sifilitica, non essendo sufficiente come si capisce agevolmente un solo criterio, mettiamo per esempio quello della reazione Wassermann positiva, ho limitato le mie indagini ai reparti clinici sopra citati, dove accanto al criterio clinico non manca quello della R. W. e della cura.

In questo mio studio sulla sifilide viscerale riporto anche dati riferentisi ad ammalati della clientela privata del mio maestro, prof. Mariani, il quale ha voluto molto gentilmente comunicarmeli. Di essi non ho tenuto conto nello stabilire la percentuale, la quale sarebbe più elevata di quanto risulterà dall'ulteriore disposizione, se malauguratamente gli ammalati non si sottraessero alla nostra osservazione e non rifuggissero l'ospedalizzazione.

Su un numero complessivo di 1666 ammalati visitati nel triennio 1925-27, 190 presentano segni indubbi di sifilide viscerale cioè nella proporzione dell'11,4 %; gli uomini raggiungono la cifra di 150, le donne di 40. Tanto per gli uomini come per le donne tra le affezioni sifilitiche il primo posto è occupato dalle malattie del sistema nervoso, gruppo nel quale comprendo le affezioni parenchimatose, tabe e paralisi, le forme vascolari e le meningee; al secondo posto tanto per gli uomini come per le donne stanno le affezioni dell'apparato cardio-vascolare ed al terzo quelle del fegato.

*
* *

Apparato Cardio-Vascolare. — Nella mia statistica le cardiopatie sono rappresentate da 9 casi sui quali per brevità non riferisco dettagli, ma che considerati assieme costituiscono quel complesso sintomatico che va dalla lieve insufficienza organica delle sigmoidi senza ipertensione, caratteristica questa delle affezioni non specifiche, alla insufficienza subacuta del miocardio con dispnea continua e parossistica (asma sifilitico di Rosenfeld), alla insufficienza grave

con edemi. Debbo porre in rilievo che in tutti questi casi non manca mai la ortite, e ciò induce a ritenere che ad essa sono associate le lesioni dei fini rami vascolari intracardiaci, per cui non si può parlare di vera e propria miocardite, termine che implica l'intervento di processi infiammatori, ma piuttosto di una reazione degenerativa consecutiva a lesioni nutritive. Questo ci insegna a ricercare metodicamente e accuratamente i segni della aortite che assumono qualche volta un posto secondario nel complesso sintomatico, deviandoci dalla diagnosi eziologica.

In due ammalati del prof. Mariani, l'intervento di alterazioni vascolari nel determinismo della miocardite (cor bovinum) viene escluso dall'esame clinico e radiologico; la cura specifica dà ottimi risultati, specie in uno nel quale la miocardite era complicata a scompenso epatorenale. Tutti gli AA. sono d'accordo nel ritenere che non c'è sindrome cardiaca che non possa essere cagionata dalla lue: oltre le alterazioni nella forza, anche quelle del numero, del ritmo delle contrazioni, dalla aritmia extrasistolica alla fibrillazione auricolare e dal blocco incompleto alla sindrome di Adams-Stockes.

Orbene, questo capitolo di patologia sifilitica appare necessariamente ristretto, perchè le prove dedotte dalla presenza dell'agente patogeno, dal tipo delle lesioni abitualmente mancano: i treponemi non si constatano che molto eccezionalmente, sia perchè realmente manchino, sia perchè siano sfuggiti all'osservazione, come ammettono Nicolas e Favre, Jaquet e Sézary, in seguito alla loro degenerazione in treponemolisi. D'altra parte, quando le lesioni sono antiche, come di regola, esse hanno perduto la loro personalità originale, e quando sono recenti non presentano per questo dei caratteri specifici indiscutibili. Noi sappiamo infatti che le micosi realizzano delle produzioni embrionarie in tutto simili ai follicoli sifiloidi, e che le neoplasie sifilitiche possono contenere secondo Nicolas e Favre, Hullen e Letulle, delle cellule giganti analoghe a quelle della tubercolosi. In un ammalato ricoverato nella nostra clinica con fenomeni di asistolia l'esame radiologico dette i seguenti risultati: aorta opaca ispessita, poco elastica nel suo tratto discendente; aumento di volume dell'ombra cardiaca molto spiccata tanto a destra quanto a sinistra della linea mediana; i contorni del cuore non sono differenziabili nelle parti corrispondenti ai singoli segmenti, i margini pulsano debolmente. In conclusione, il reperto di una pericardite, senza escludere del tutto una forma di cor-bovinum. È tale pericardite cagionata da sifilide nel nostro caso? Tale evenienza, sebbene molto rara e molto discutibile, merita di essere segnalata.

* * *

Se passiamo allo studio della aortite, questa appare rappresentata da 23 casi più 12 del prof. Mariani, cioè nella proporzione dell'1 e 4%. Negli uomini la aortite è più frequente dai 50 ai 60, combinata incirca la metà dei casi ad aneurisma, relativamente frequente appare pure dai 30 ai 50 anni. La maggiore frequenza della aortite oltre ai 50 anni, non può portare ad escludere la natura sifilitica per ammettere quella ateromatosa, perchè nei nostri casi oltre a non poter precisare l'epoca del contagio, neanche è possibile stabilire l'inizio dei disturbi. Gli uomini sono colpiti in modo prevalente, nella proporzione dell'80%. Si è voluto attribuire all'alcool, al tabacco e forse alle intossicazioni alimentari ed alle infezioni banali questa localizzazione elettiva per il sesso maschile. Che le intossicazioni, l'ipertensione siano altrettante cause adiuvanti, non c'è dubbio; ma sono esse un agente di localizzazione? Di qui ad invocare l'esistenza di una sifilide più specialmente aortica, non c'è che un passo. Si parla tanto facilmente di sifilide dermotropa e neurotropa, che si è estesa all'aorta questa affinità elettiva di certi ceppi di treponemi. Heitz ammette come possibile questa spiegazione, rigettata formalmente da Pélissier e Grénet. Per Klotz i vasi linfatici della parete esterna dell'aorta formano un sistema intricato, comunicante coi gangli vicini, mediastinici; così l'aortite con periaortite dipenderebbe da lesioni mediastiniche. Willmans invoca la presenza di grandi quantità di sangue infetto. Grande importanza acquista nei nostri casi la constatazione o di una cura scarsa o dell'ignoranza del contagio. L'aorta addominale è colpita tre volte, dall'aorta toracica il tratto discendente cinque volte. In tutti gli altri casi il tratto ascendente, combinato con insufficienza delle sigmoidi in quattro casi.

APPARATO DIGERENTE.

Fegato. — Se alcune osservazioni antiche mostrarono l'azione della sifilide sul fegato, è in realtà con Ricord e Rayer, che incomincia lo studio della sifilide epatica, studio perseguito da Frerichs, Gubler, Fournier, Lanceraux, i quali hanno precisato le lesioni ed i sintomi. Nuove ricerche hanno contribuito a precisare i rapporti della sifilide con le cirrosi e specialmente con la cirrosi atrofica del tipo alcoolico. L'alcoolismo ha tenuto per lungo tempo il primato nel capitolo della eziologia e mentre lo spirito investigativo di autorevoli osservatori si ingegnava a scoprire l'elemento nocivo, la vera causa pato-

gena, l'osservazione condusse all'accertamento della coesistenza frequente di formazioni tubercolari (polmonari, pleuriche e peritoneali) con la cirrosi del fegato. Questa nuova nozione orientò gli osservatori verso una seconda via eziologica, la tubercolosi. L'accessione della sifilide sulla cirrosi epatica, dominio che le era stato in altri tempi inconsideratamente chiuso è ora ammesso, grazie specialmente ai lavori di Letulle.

Di sette casi di epatite sclerotizzante, sei sono a forma atrofica con ascite ed una a forma ipertrofica, tipo Hanot. Sono colpiti in proporzione eguale tutti e due i sessi. Di tre donne una è di 24 anni, la seconda di 40, la terza di 51. Queste due ultime ignoravano di aver contratto la malattia, l'altra si era contagiata quattro anni prima e si era curata scarsamente. Degli uomini, uno di 26 anni contagiato sette anni prima s'era curato con dieci iniezioni di calomelano; mancano notizie precise degli altri tre.

L'influenza concomitante alla sifilide della intossicazione alcoolica, alla quale da alcuni autori non si vuol rinunciare per spiegare il determinismo della sclerosi, non può essere invocata nei nostri casi. Negli altri casi di localizzazione epatica della infezione luetica sono compresi: 6 casi di epatite sclero-gommosa, dei quali 4 beneficiati subito dallo stovarsolo, una periepatite, tre casi di epatite parenchimatosa acuta del periodo recente della infezione con ittero, brillantemente influenzati dallo stovarsolo, 4 casi di epatite parenchimatosa cronica (fegato grosso, duro, solitario del periodo tardivo). In 4 ammalati (uno di epatite acuta con ittero e sifiloderma roseolico; uno di epatite atrofizzante; 2 di epatite cronica e mononeuriti sciatiche) fu osservato intensa glicosuria, ottimamente influenzata dalla cura specifica. Non fu possibile precisare per quanta parte entrasse il fegato o altri visceri nel disturbo del ricambio idrocarbonato.

Merita di essere richiamata l'attenzione sulle forme chirurgiche della sifilide del fegato, come le chiamano gli autori francesi, cioè sulle pseudo colecistiti calcolose figuranti con due casi, e sulla epatite febbrile, osservata in un giovane di 28 anni il quale ebbe febbre a tipo continuo-remittente durata, salvo temporanee remissioni, per 8 mesi, in concomitanza di una miocardite, aortite, gomme cutanee multiple, ipertrofia del fegato; tutta la complessa sintomatologia fu rapidamente influenzata dal trattamento specifico. Poco conosciuta anche perchè non ha niente di caratteristico è la forma pseudo-colecistitica, nella quale l'inizio doloroso è tanto lento per una tensione crescente dell'epigastrio e dell'ipocondrio destro, tanto brutale con irradiazione al braccio ed alla spalla destra, temperatura elevata, difesa muscolare, timpanismo, dolore nella regione vescicolare, che può essere sensibile in totalità. Giammai un errore sarà più scusabile che in queste forme pseudo-vescicolari.

Stomaco e Intestino. — La sifilide gastrica è presente in quattro casi: due uomini e due donne. Un uomo a 54 anni, a due anni dal contagio, ha ipercloridria con reazione Wassermann, positiva completa, l'altro uomo e le due donne presentano segni banali di dispepsia. Si può emettere la diagnosi di sifilide gastrica a forma dispeptica, specie nell'ammalato, nel quale l'esame del chimismo gastrico rivelò aumento di acido cloridrico, mentre generalmente si ritiene che è proprio l'ipocloridria che è frequente nella sifilide gastrica, qualunque tipo essa rivesta? Quanta parte spetta alle alterazioni epatiche in questa fenomenologia? Comunque, attualmente come ai tempi di Fournier non si possono esigere sintomi speciali di sifilide gastrica, ciò che condannerebbe a non diagnosticarla. Mancano osservazioni di linite gastrica e di ulcera ritenuta quest'ultima da Castex di natura sifilitica nel cento per cento dei casi. Due donne si presentarono all'osservazione del prof. Mariani accusando crisi dolorose accessionali a carico dello stomaco. L'esame obbiettivo non rivelò sintomi tabetici, all'esame del chimismo gastrico mancarono segni di qualsiasi alterazione, la reazione W. fu positiva completa. Rapido miglioramento si ottenne con la cura stovarsolica, guarigione definitiva con la medicazione bismutica nelle due pazienti, nelle quali pare logico ammettere una alterazione a carico del simpatico addominale. Non tanto rare appaiono le enteropatie sifilitiche, dal quale gruppo escludo le forme del periodo setticemico della infezione, con diarrea frequente, tenesmo, dolorabilità diffusa all'addome, dovute ad esantema, come abbiamo potuto osservarne in clinica un caso in un paziente nel periodo recente della infezione, con sifiloderma papuloso, nel quale durante la cura bismutica comparvero i sintomi sopraricordati, che in primo momento si era tentati di imputare al bismuto, la somministrazione ininterrotta del quale portò alla scomparsa dei disturbi. Merita di essere richiamata l'attenzione su una speciale localizzazione ritenuta a tutt'oggi molto rara, e cioè sull'ulcera duodenale. Tale forma l'abbiamo riscontrata 4 volte (tre uomini ed una donna) e si presenta due volte dai 25 ai 30 anni, una volta a 47 anni, una volta ai 58 anni. È desiderabile che siano eseguite ricerche sistematiche e statistiche, e l'esame istologico dei mar-

gini delle ulceri capitate all'atto operativo allo scopo di poter dire l'ultima parola sulla quistione e per evitare quasi sempre gravi operazioni. La sifilide dell'intestino è stata osservata due volte: si tratta di un uomo ed una donna presentanti una enterite febbrile a forma cronica con riacutizzazioni a breve scadenza, con scariche diarroiche dolorose, muco-purulente, con reazione W. positiva completa. La febbre e i suaccennati disturbi scompaiono definitivamente con la cura specifica. Il sintoma di fondo è in queste come nelle classiche osservazioni di Fournier, la diarrea persistente, ribelle, cronica accompagnantesi a coliche. Molto interessante è il quadro clinico di un ammalato ricoverato in Clinica Medica. Da un mese avverte dolorabilità diffusa all'addome, senso di pesantezza all'ipocondrio sinistro, diarrea, feci colorate normalmente, non sangue, non vomito; rapido dimagramento, non febbre. All'esame obbiettivo dell'addome si rileva meteorismo, si palpa una massa non bene delimitabile all'ipocondrio sinistro. L'esame radiologico dimostra una ristrettezza ed accentuazione delle austre discendenti del colon in confronto degli altri segmenti di destra che appaiono dilatati: flessure in sito.

L'ammalato di 50 anni nega lue, la reazione W. è positiva completa.

La medicazione arsenicale porta ad una rapida guarigione. Si tratta in questo caso di una infiltrazione gommosa del colon discendente, il cui sintoma fondamentale è la diarrea persistente accompagnantesi sovente a coliche. Questa localizzazione è molto rara, tanto che alcuni trattatisti non ne fanno cenno. La stenosi sifilitica rettale è stata osservata in tre volte a tre donne. .

Rene. — La sifilide del rene è presente in 7 casi cioè nella proporzione del 0,42 %. Delle lesioni renali di tale natura, due volte si osserva la nefrosi, una volta la nefrite albuminurica semplice, una volta la nefrite idropigena, tre volte la nefrite azotemica. Comparve la nefrosi nel periodo recentissimo della infezione in un giovane di 20 anni con periostiti multiple, sifiloderma roseolico. L'esame dell'urina rivelò un'albuminuria intensa e cilindruria di notevole grado che scomparvero rapidamente con la cura specifica; nel secondo caso la stessa forma appare a distanza non bene precisata dal contagio, conserva un decorso cronico. La nefrite azotemica colpisce una volta un uomo di 30 anni dopo dieci anni dal contagio, una volta una donna di 60 anni, una volta un uomo di 54 anni; l'albuminuria semplice esordisce in una donna di 40 dopo dieci anni dal contagio. Eccetto che nel primo caso, e in 6 ammalati del prof. Mariani, in due dei quali esisteva albuminuria complicata a cilindruria, comparsa a breve distanza dal contagio, i risultati terapeutici negli altri sono alquanto incerti, e ciò non concorre certamente a rischiarare e a precisare il dominio della sifilide renale. Il decorso della sifilide renale non ha nulla di caratteristico che rende possibile di differenziarla dalle malattie renali di altra origine. Si deve dire perciò, come fa Burger, che la nefrite che si manifesta nei sifilitici è in molti casi una malattia banale? Che non va considerata come un sintoma della spirochetosi, la quale prepara soltanto il terreno per la malattia renale? È una questione questa della sifilide renale che attende ulteriori studi. Ad ogni modo non si può chiedere sempre soccorso per la determinazione della causa eziologica ai risultati della cura, della quale saranno beneficiate, come è facile comprendere, le albuminurie e le cilindrurie del periodo recente della infezione, mentre nelle altre forme di nefriti croniche, il beneficio non si può appalesare. Occorre perciò ricercare tempestivamente le alterazioni renali e curarle attivamente.

Apparato respiratorio. — La sifilide del polmone negata da Laennec, ammessa grazie ai lavori di Virchow, Cornil, Lanceraux, Letulle, Sergent è ancora mal conosciuta e non diagnosticata e passa sovente per tubercolosi, l'idea della quale domina sempre in patologia respiratoria.

Le principali forme cliniche sono: la bronchite acuta, la forma bronco-pneumonica simulante la tisi galoppante e delle forme croniche, la bronchite cronica, la pseudo-tubercolosi. Nè il decorso della malattia, nè l'esame fisico permettono la diagnosi di sifilide, la quale potrà essere conosciuta soltanto se è ricercata. Ogni volta che in un ammalato con sintomi di tubercolosi polmonare, nell'espettorato non si rinvengono dopo ripetuti esami bacilli di Koch, la sifilide deve essere sospettata e curata. Tra il materiale a mia disposizione non ho riscontrata alcuna di queste forme e ciò è dovuto probabilmente alla circostanza che gli ammalati sfuggono alla ospedalizzazione e alla osservazione prolungata, necessaria in questi casi. I casi che riporto sono dovuti alla cortesia del mio Maestro. Si tratta di: un caso di gomma unica voluminosa (grosso focolaio di pseudoepatizzazione alla base del lobo destro), reazione W. positiva completa, migliorato rapidamente con la cura specifica; un caso di peribronchite diffusa, manifestantesi clinicamente con tosse, scarso escreato sanguigno, assenza del bacillo di Koch, idrarto del ginocchio sinistro, periostiti tibiali, sifiloderma cutaneo figurato, R. W. positiva completa, il tutto modificato rapidamente dalla cura specifica; un caso

di peribronchite diffusa con adenopatie ilari constatate all'esame radiografico, accompagnantesi a febbre, tosse con escreato muco-purulento, ematico, assenza di bacillo di Koch, R. W. positiva completa, rapidamente migliorato con la cura specifica: bismuto e arsenobenzolo; un caso di pseudo-tubercolosi in un uomo di 48 anni presentante emottisi ripetute con leggieri rialzi termici, reperto radiografico di piccoli focolai sclerotici perilari e dei lobi inferiori, assenza del bacillo di Koch, migliorato con la cura specifica mercurio-bismuto. Come si vede, non v'è alcun segno che permette di affermare a colpo sicuro la natura sifilitica di una pneumopatia. Vi sono delle ragioni che la lasciano supporre. La medicazione specifica farà scomparire ogni dubbio.

Sistema nervoso. — Come accennavo prima, fra le malattie organiche cagionate da sifilide il primo posto è occupato dalle affezioni dell'asse cerebro-spinale: arteriti, meningiti, affezioni parenchimatose sistematizzate, tabe e paralisi, nella proporzione del 5,4 %.

Si tratta di:

	Uomini	Donne	Casi
Arterite cerebrale	27	11	38
Paralisi progressiva . . .	17	1	18
Tabe dorsale	21	4	25
Meningo mielite	10	—	10
Polineurite	—	1	1
		Totale . . .	92

Non mi è possibile stabilire il tempo decorso dal contagio alla comparsa delle varie affezioni, perchè mancano dati precisi al rguardo e conseguentemente acquista un valore relativo la determinazione dell'epoca del loro esordio. In generale, l'arterite prevale dai 30 ai 40, la p. p. e la tabe dai 40 ai 50 anni. Il 20 % di questi ammalati ignora il contagio, cifra alta in paragone del l'11,6 % della statistica di Procoptschuk, e del 10 % di quella di Kowalscsk; l'80 % ha fatto cure scarsissime e molto irregolari. Le forme di arterite cerebrale sono in numero preponderante e rappresentate da 38 casi: 27 uomini e 11 donne. Semeiologicamente si tratta di: 20 emiplegie destre più o meno complete, delle quali una con afasia motoria, una con afasia sensoriale, una con afasia motoria e sensoriale; 12 emiplegie sinistre più o meno complete; 5 a fenomenologia caratterizzate da accessi convulsivi jaksoniani Notevole contributo alla cifra totale delle neuropatie sifilitiche viene portato dalla tabe dorsale che figura con 25 casi, dei quali 4 donne con forme conclamate. Su 18 ammalati di paralisi progressiva una sol volta si vede colpita la donna. Di meningo-mielite sono colpiti tutte e dieci le volte uomini prevalentemente da 30 ai 40 anni. Da polineurite sifilitica a forma tetraplegica è colpita una donna di anni 30, non alcoolista, con R. W. + + +, migliorata rapidamente con la cura arsenobenzolica.

***

Passando allo studio dei rapporti tra insorgenza delle affezioni viscerali e nervose e decorso delle localizzazioni cutanee della spirochetosi non troviamo dati abbondanti, perchè generalmente nelle storie cliniche non v'è fatto cenno. Però indirettamente, cioè riferendoci ai dati relativi alle cure, sarà possibile emettere un giudizio sulla quistione della patogenesi delle localizzazioni viscerali. In un giovane di 27 anni con aortite, miocardite, mielite, furono osservate gomme multiple diffuse; in un caso di emiplegia destra microgomme della pinna nasale; in un terzo caso infine, peribronchite, idrarto del ginocchio destro, periostiti tibiali, sifiloderma figurato. Il marito di una paziente ricoverato in Clinica per polineurite sifilitica motoria pura, a forma tetraplegica, presentava un leucoderma sifilitico del collo. Di due altri coniugi, la moglie contagiata all'epoca del matrimonio, quando la malattia esordì con un sifiloderma roseolico, è affetta da tabe dorsale, mentre il marito attualmente è indenne da disturbi nervosi.

Queste due ultime osservazioni, e specialmente la prima, depongono nettamente contro la esistenza di speciali virus.

La constatazione che una discreta percentuale di ammalati ignora di aver contratto la sifilide e che in generale, quelli che ricordavano di essersene contagiati, si sono curati molto scarsamente, induce ad essere riservati nell'ammettere le ipotesi, certamente ingegnose, di Gennerich Gaertner, secondo i quali le affezioni nervose sistematizzate non si sviluppano nel decorso spontaneo della sifilide ma derivano da una infezione la quale è stata trasformata dal trattamento specifico medico, come pure non si può accettare la teoria di Wilmanns, che l'esistenza e l'aumento di queste malattie sia dovuto ad una sifilide trasformatasi gradatamente da parecchi decenni in neurotropa a cagione del trattamento specifico, perchè noi vediamo spesso la sifilide decorrere con i caratteri di una sifilide cutanea florida.

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI.

Il dominio della sifilide, tutte le conseguenze sui visceri non sono ancora conosciute e soprattutto esistono numerose affezioni che il medico crede qualche volta sifilitiche e che lo sono in

maniera abituale. Le affezioni croniche dello stomaco e dell'intestino, specie le ulceri duodenali e secondo Castex quella dello stomaco, sono della stessa natura e curabili col trattamento specifico. La localizzazione della spirochetosi appare sotto la nuova luce con sintomi poco caratteristici, potendo essa rivelarsi con la semplice dispepsia, con la pesantezza all'ipocondrio, con la pseudocolecistite calcolosa, con la febbre ad andamento irregolare, insomma nella forma pseudo-chirurgica come la chiamano i francesi. Per ciò che riguarda la causa delle affezioni viscerali in generale, la constatazione che l'80 % degli ammalati, i quali non ignoravano d'aver contratto la malattia si è curata poco, sia con preparati mercuriali che arsenicali, parla contro l'affermazione che l'introduzione nella cura della sifilide ha fatto aumentare il numero delle gravi affezioni sifilitiche tardive, e perciò l'infezione resa latente perchè parzialmente vinta dal farmaco non ne rappresenta il momento determinante.

Non pare si possa escludere una modificazione delle reazioni immunitarie successive alla medicazione arsenobenzolica, ma questa quistione potrà e dovrà essere chiarita da prolungate ed accurate osservazioni di individui curati intensamente con preparati arsenobenzolici. Si dovrà inoltre tener conto delle reazioni disposizionali individuali, del temperamento morboso. Come nelle altre malattie infettive anche nella sifilide l'indagine biologica deve considerare le alterazioni che si determinano in seguito all'azione reciproca dell'agente morboso e dell'organismo attaccato. L'agente morboso è la causa esterna della malattia, l'organismo ne è la causa interna: la malattia risulta dall'azione patogena dell'agente e dalla reazione. Oggi che si torna a valutare con criteri più razionali e temperati il valore di certi fattori interni, disposizionali, d'individuo e di tessuto, oggi che la moderna patologia ha imparato a non cercare la causa di una malattia, ma la costellazione di condizioni determinanti la malattia, potremo incominciare a portare un po' di luce nella congerie dei fatti acquisiti, nella spiegazione dei quali al fattore individuale s'è dato e si dà scarsa o nessuna importanza.

PRINCIPALI LAVORI CONSULTATI.

ARCANGELI. *La sifilide come cagione di malattie croniche nella seconda metà della vita.* Policlinico, Sez. pratica, n. 5, 1925.

BALZER. *Maladies Vénériennes.* Trattato BROUARDEL, 1921.

BENDA. *La bronchite cronica sifilitica.* Doin, 1927.

BURGEL. Zent. f. inn. Mediz., n. 36, 1925.

DÖRR. *Grundlagen der Metalues.* Klin. Woch., 19-2-1926.

FINGER. *Pensieri sul quadro clinico della sifilide.* Wien. Kl. Woch., n. 1, 1925.

FOUQUET. *La sifilide del cuore e dei vasi sanguigni.* Vigot, 1924.

GAERTNER. *Zeit. f. Hygiene und Infekt.*, 1921.

GENNERICH. *La sifilide del sistema nervoso.* Citato da PHILIPPSON. Policlinico, Sez. prat., n. 1, 1926.

GOLAY. *La patologia generale della sifilide.* Vigot, 1926.

LETULLE. Monde Médical, aprile 1925.

GRENET ECC. *Le sifilidi viscerali tardive.* Masson, 1927.

LESSER. *Biologia della sifilide.* Med. Kl., 44, 1926.

MARTELLI. *Sifilide ignorata e strana.* Idelson, 1923.

KOLLE ed EVERS. *Sifilide sperimentale asintomatica.* Deut. Med. Woch., 2-4-1926.

MALLEY. *Allergia cutanea nella sifilide.* Ur. and cut. Rev., maggio 1926.

PHILIPPSON. *L'indole della sifilide e le vedute moderne sulla medesima.* Policlinico, Sez. prat., 1-1926.

PASINI. *Superinfezione sifilitica.* Gior. It. Malattie della pelle e veneree, 3-1927.

SÉZARY. *La sifilide nervosa.* Masson, 1926.

SIMON. *La pluralità dei virus sifilitici.* Ann. Derm. 5-6-1925.

TRUFFI. *Le più recenti acquisizioni nel campo della sifilide sperimentale.* Rassegna Clinico-Scientifica, 4-1927.

ZIRONI. *Terapia.* Ist. Sier. Milanese, 1925.

VAQUEZ. *Le malattie del cuore.* Collezione Brouardel, 1924.

WILMANNS. Zentr. f. Hant. und Gesch., Band 22, pag. 1.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI ROMA
Direttore: colonnello medico JACONO.

Contributo alla bismutoterapia nella sifilide.

Magg. medico MAIMONE DOGALINO, capo reparto.

I composti bismutici introdotti nella terapia della sifilide, dal punto di vista chimico-farmacologico, si possono dividere in due gruppi: 1) quelli in cui il Bi, per legami organici assume funzioni di metalloide, di acido, e fa parte perciò di un nucleo organo-minerale elettronegativo (tipo Trépol); 2) quelli in cui il Bi ha funzione basica o metallica e costituisce un nucleo elettro-positivo (per es. i sali costituiti da Bi combinato ad un acido minerale od organico).

Secondo Levaditi, Nicolau, Mme Schoen, i preparati bismutici agiscono sul treponema solo quando abbiano assunto, in seguito a fenomeni chimico-biologici che avvengono nell'organismo, una speciale forma di composto proteico non ancora bene stabilito, dopo aver formato cioè un composto colloido-bismutato, nel quale hanno grande importanza le sostanze proteiche, dotato di potere spirillicida in vitro e chiamato « bismoxil » da Levaditi.

Tale trasformazione si compie principalmente nel fegato e poi nel cervello, nei reni, nei polmoni, dopo cioè che il preparato bismutico è stato assimilato.

Avverrebbe anche nei tessuti, nel sito di iniezione dove il composto bismutico è imprigionato da una massa di polinucleati che degenerano ed il cui detrito porta alle trasformazioni per le quali si forma il bismoxil.

È probabile che nell'organismo la distruzione dei treponemi, le modificazioni delle reazioni umorali, siano provocate non dal sale bismutico tal quale è iniettato, ma che esso si dissoci ed il bismuto libero, allo stato nascente della molecola, produca le trasformazioni organo-metalliche dotate di proprietà parassiticide.

L'azione terapeutica dei preparati bismutici non è strettamente proporzionale al loro contenuto in bismuto; del preparato iniettato solo una piccola parte subisce le utili trasformazioni necessarie; il resto è eliminato.

Il Bi così si pone a contatto coi treponemi negli accidenti specifici in quantità infinitesimali ma sufficienti ad assicurare la spirochetolisi. Oggi, dei prodotti bismutici nella terapia della sifilide sono preferiti i preparati indisciolti, siano in sospensione acquosa oppure oleosa, in quanto che permettono l'introduzione nei tessuti di una riserva di preparato il quale è assimilato in tempi successivi, con maggiore o minore rapidità a seconda della sua costituzione chimico-fisica.

Durante lo scorso anno, nel reparto Dermoceltico dell'Ospedale Militare di Roma, per la bismutoterapia, ho largamente impiegato il Salbiolo, composto da un sale organico complesso di Bismuto neutro, il quale contiene il 60 % di Bi. metallico ed è preparato in sospensione al 10 % in olio di olivo neutro e sterile. Ogni cmc. della sospensione corrisponde a 6 ctg. di Bismuto metallico. È messo in commercio dall'Istituto Neoterapico Italiano di Bologna in fiale da 1, 2, 3, 4 cmc. Complessivamente ho sottoposto a questo trattamento ventisei casi di sifilide primaria; venticinque di sifilide secondaria, quattro di sifilide terziaria.

Sui ventisei casi di sifilide primaria, tutti a sede genitale, al principio della cura in otto la reazione di Wassermann era negativa; nei rimanenti positiva. In nessuno era stato impiegato in precedenza alcun trattamento specifico. Le forme iniziali erosive sono riepitelizzate completamente nella massima parte dei casi dopo la quarta iniezione; in due dopo la terza; nelle forme noduloulcerate la cicatrizzazione è avvenuta più lentamente: dopo cinque, sei iniezioni; qualche volta dopo la settima.

La riduzione dell'infiltrato basale è stata più lenta: talvolta è stata, clinicamente, più o meno completa dopo la ottava o la nona iniezione; non di rado l'indurimento, pur ridotto, è persistito oltre la tappa curativa.

La pleiade gangliare satellite, in genere si è ridotta in modo evidente sebbene lentamente e il più spesso sia rimasta rilevabile anche alla fine della serie curativa.

Meno apprezzabile è stata l'azione sulla micropoliadenopatia delle varie altre stazioni linfatiche. La regressione è stata relativamente rapida nella forma di linfo-adenite conglomerata o strumosa in cui la massa era ridotta già considerevolmente, anche oltre della metà del volume primitivo, dopo le prime quattro o cinque iniezioni. Eguale risultato ho avuto in un caso di linfangioite del dorso dell'asta in cui i vasi linfatici avevano assunto le proporzioni di un cordone, duro, indolente, del diametro di poco inferiore a quello di un lapis.

La fimosi infiammatoria, che non di rado ho visto accompagnare la sifilosclerosi iniziale, è stata bene influenzata dal Salbiolo: la regressione, già evidente alla terza, quarta iniezione, dopo la quinta o sesta il più delle volte è stata tale da permettere agevolmente lo svaginamento del ghiande. Sui sifilodermi roseolici l'azione è stata veramente rapida nella totalità dei casi: dopo la terza iniezione l'impallidimento delle chiazze è stato sempre notevole; esse, qualche volta dopo la quarta erano scomparse, il più spesso dopo la quinta; solo eccezionalmente sono occorse sei iniezioni perchè la loro scomparsa sia stata completa.

Più spiccata è stata l'azione sulle lesioni secondarie della mucosa buccale, del faringe e del ghiande; la loro riparazione già evidente dopo la seconda iniezione, ho constatato che era completa sempre alla terza.

Nei sifilodermi papulosi, a papule lenticolari, la guarigione clinica in tre casi l'ho conseguita alla settima iniezione; in uno dopo l'ottava, con pigmentazione residuale non accentuata.

Le forme papulose umide perianali e scrotali sono molto rapidamente influenzate dal Salbiolo; già asciutte ed appiattite alla terza iniezione, dopo cinque iniezioni ne ho registrata la scomparsa; ed egualmente spiccata, netta, degna di particolare rilievo, mi è apparsa l'azione di questo preparato in un caso di papule ipertrofiche scrotali e perianali con secrezione abbondantissima, nauseabonda, percettibile a distanza.

Effetti particolarmente rapidi sulle forme dolorifiche (cefalea, dolori periostali, mialgie, artralgie) che non mi sono state accusate più dopo la terza, quarta iniezione.

Il sifiloderma pigmentario del collo, in due casi

capitati sotto la mia osservazione, invece non è stato gran fatto modificato dalla cura.

Risultati pronti e spiccati ho constatato in quattro casi di sifilide terziaria: un'osteoperiostite della bozza frontale destra; un'osteoperiostite dello scafoide del piede destro; un'orchite sclerogommosa sinistra, in cui il testicolo, di durezza lignea, aveva raggiunto le dimensioni di un uovo di tacchino; una paralisi del facciale inferiore in luetico di vecchia data che presentava anche disartria, adiadococinesia, disordini della scrittura, (carattere tremolante con lacune), accentuazione dei rotulei, non Romberg nè disordini della sensibilità. In quest'ultimo caso ho visto la conferma delle constatazioni già rese note da altri osservatori che cioè il bismuto può dare risultati rapidi e brillanti in forme nervose a focolaio e nella lue non sistematizzata del sistema nervoso.

Quasi sempre ho adoperato le fiale da 2 cmc., praticando due iniezioni alla settimana e dieci, dodici per tappa curativa, somministrando in totale da 1,20 gr. a 1,44 gr. di Bi. Dopo aver riscaldato le fiale in acqua bollente ed averle agitate fortemente, ne ho aspirato il contenuto nella siringa attraverso un ago piuttosto lungo e grosso, procedendo all'iniezione endomuscolare in due tempi, come per i preparati insolubili di mercurio. La tolleranza dei pazienti è stata perfetta; nessun dolore, nè altre reazioni locali; nessun accenno a trasformazione sclerosa del tessuto muscolare, nè a formazione di nodosità. Delle reazioni a distanza, ho osservato soltanto orletto gengivale bruno appena dimostrabile, limitato ai soli incisivi mediani inferiori, in due casi sulla fine del ciclo curativo; mai accenno alla stomatite ulcerosa possibile a verificarsi con altri preparati bismutici e di cui un esemplare è capitato anche sotto la mia osservazione. Non lesioni renali, escluse dal metodico controllo delle urine, neppure in individui in età molto avanzata; non tossidermie, nè disturbi oculari, del sistema nervoso (cefalea), dell'apparato circolatorio e digerente.

Per quanto riguarda la nutrizione generale non ebbi a notare alla fine della cura quei segni di lieve intossicazione caratterizzata da astenia e dimagrimento osservati durante l'uso di altri preparati bismutici; ho rilevato invece senso di euforia, spesso aumento del peso — sino a due kg. in quaranta giorni —; valore cromocito-metrico del sangue migliorato; numero delle emazie presso che immutato; lieve diminuzione dei linfociti e lieve aumento dei polinucleati neutrofili: stimolazione quindi dei poteri di difesa dell'organismo. La reazione di Wassermann, scarsamente influenzata al termine di un periodo curativo, a distanza della fine di esso è risultata modificata, con riduzione del reperto molte volte sino alla negatività, in oltre il 50 % dei casi. Concludendo il Salbiolo mi si è dimostrato un preparato molto efficace, indolore, di perfetta tolleranza, innocuo, di azione pronta sia nella cura di attacco come nelle molteplici manifestazioni cutanee e mucose della sifilide secondaria e in quelle di sifilide di vecchia data in cui ho potuto sperimentarlo.

BIBLIOGRAFIA.

AMANTEA. *Azione del Bismuto sul sangue e sugli organi ematopoietici.* Archivio di Farm. e Scienze affini, aprile 1924.

LEVADITI e GIRARD. *Mode d'action du Bismuth dans la syphilis.* C. R. Académie Sciences, tome CLXXX, febbraio 1925.

MARCOZZI. *Di certe modificazioni degli elementi morfologici del sangue durante il trattamento bismutico, in luetici.* Giornale Chimica Medica, anno VII, fascicolo 7, 1925.

ORO A. *Bismuto e crasi sanguigna.* La Rinascenza medica, n. 20, 1924.

TIRELLI L. *Nuovi concetti biologici nella terapia bismutica.* Gior. It. di dermatologia e sifilologia, vol. LXVI, fasc. II, aprile 1925.

TRUFFI. *I preparati di bismuto nella cura della sifilide.* Relazione alla XXª riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia. Gior. It. di Dermatologia e Sifilografia, vol. LXV, fasc. II, 1924.

R. MANICOMIO DI TORINO (CASA DI COLLEGNO)
Direttore: Dott. RIVANO.

Considerazioni ed indagini sulla piretoterapia della paralisi generale progressiva

per il dott. TROSSARELLI ALBERTO, medico praticante.

Di giorno in giorno appare sempre più manifesta l'inefficacia dei rimedi specifici antisifilitici nella cura della paralisi generale progressiva, mentre va facendosi strada l'opinione ch'essi determinino un peggioramento nell'evoluzione della malattia. Il Sicard, nella riunione annuale della Soc. Neurol. di Parigi (1920) bandiva dalla terapia della P. G. P. il mercurio sotto qualunque forma venisse somministrato, e già prima di lui egualmente si era espresso lo stesso Ehrlich, ai riguardi del 606.

Contro l'uso del 914, si sono schierati Werner e Karlin, Mayer, Ehlers, Simchowichs e Mendelsburg, Trownbridge, Schoenhal, Leredde, Pierret, Mahaim e Brocq, e, contrapposti a questi, avrebbero ottenuti discreti risultati Alt, Anton, Willige, Tinel, Milian Sukrakoff, Pfunder, Strauss, Sachs, Coppola, Zalla e Massarotti.

Marinesco, Schlesinger, Oppenheim, Weintrand, Assmann, Vogt, Marschalko, Mattauschek, Nonne,

Fischer, Neisser, Michaelis, Medea ed altri, se pur non sono assolutamente contrari alle cure arsenicali, affermano di non aver ottenuto da queste alcun risultato. La questione è stata portata nelle sedute parigine pel centenario della tesi di Bayle, e anche in queste è stata affermata l'inutilità, anzi la pericolosità delle cure arsenicali nella P. G. P. Per quanto concerne la mia piccola esperienza, confortata dalla maggior esperienza dei miei maestri, posso affermare che nei paralitici che mi son capitati sott'occhio, le cure arsenicali erano state oltremodo dannose, facendo precipitare addirittura la malattia, e mentrechè prima della cura i pazienti stavano nelle loro case, e talora lavoravano, quasi subito, appena finita questa, od anche senza che questa fosse terminata, si era reso necessario il loro ricovero in Manicomio.

Se il mercurio e l'arsenico — sul bismuto l'ultima parola non è ancor stata detta — non possono giovare nella cura della P. G. P., ciò non toglie che noi possediamo altri mezzi per combattere la malattia, e voglio accennare appunto, ai vari sistemi per attuare la piretroterapia. La chiamerò anch'io così, poichè altri prima di me così l'appellò, basandosi sul concetto che fosse l'alta temperatura quella che portava la benefica influenza, uccidendo le spirochete. Oggi giorno, che va facendosi strada il concetto, che non solo le alte temperature, ma piuttosto gli elementi bianchi, ed altre sostanze a noi ignote, prodotte dall'organismo, entrino in gioco nel difendere l'organismo e nel vincere l'infezione, ben si comprende come tale denominazione possa almeno in parte essere errata.

La piretroterapia si basa appunto sull'iniezione di determinate sostanze (tubercoline, nucleinato di soda, latte, lievito di birra, lecitine) o sull'inoculazione di determinati germi (malaria, febbre ricorrente) per la produzione di fenomeni febbrili piuttosto violenti. È sottinteso che all'iperpiressia prodotta in questo modo, si aggiungono altri fenomeni, quale l'aumento dei globuli bianchi, con variazione nelle loro speci, e produzione di svariate sostanze aventi scopo difensivo ed immunitario.

Il primato di questo genere di cura, spetta agli Italiani e fu appunto il nostro Antonio Marro che avendo osservato, come le suppurazioni spontanee esplicassero una benefica influenza sul decorso della P. G. P., ed anche in altre forme mentali, provocava ad arte ascessi, con iniezioni d'olio di trementina, ottenendo discreti risultati. Il concetto su cui si basava questa terapia in allora, era che le sostanze tossiche, che causavano l'infiammazione delle meningi e del parenchima nervoso, sarebbero state deviate verso il focolaio di suppurazione, se non attratte direttamente da questo. Numerosissime furono le sostanze provate, ed io non mi soffermerò nemmeno ad enunciarle, desiderando invece intrattenermi con le più usate, quali quelle a cui possiamo con fiducia e con tranquillità rivolgerci tutt'ora.

In questi ultimi tempi, si è parlato molto della terapia malarica e della terapia colla febbre ricorrente nella cura della P. G. P., quasi che non vi fossero altri mezzi a nostra disposizione, e si sono messi in dimenticanza altri medicamenti che invece possono tener testa, e bene, ai nuovi mezzi terapeutici; voglio alludere alle cure tubercoliniche e nucleiniche.

Non mi soffermerò sulla malarioterapia, perchè su essa già mi son intrattenuto con un mio precedente lavoro (1), e mi limiterò a ricordare come gli stessi concetti sui quali si basa la malarioterapia valgono per la febbre ricorrente. I primi ad introdurre questo sistema curativo, furono Weichbrodt e Plaut e Steiner, ed oggigiorno, per la facilità con cui si viene ad ottenere la spirocheta, l'Istituto Sieroterapico Milanese ne tiene a disposizione dei medici che abbiano bisogno d'inoculare i loro pazienti, è una cura più diffusa di quanto non si creda. Infatti, mentre la malarioterapia è di difficile attuazione, specie per la difficoltà di procurarsi ceppi di terzana sicuri e provati, la recurrensterapia, oltre alla facile possibilità d'avere le spirochete, sarebbe assai meno pericolosa poichè non determinerebbe accessi febbrili molto violenti e guarirebbe spontaneamente dopo una diecina d'accessi. Inoculata sottocute la spirocheta, la malattia ha un periodo di incubazione tra i sei e i dieci giorni. All'avvicinarsi dello scoppio dell'infezione, caratterizzato da una febbre a salita brusca, spesso iniziata da brivido, il paziente talora accusa dolori forti alla nuca, al sacro, alla fronte. Compare tumefazione di milza non molto notevole, ed ingrossamento anche del fegato. La febbre cade, come nella malaria, in seguito ad ogni accesso, che però dura alcuni giorni, e gli accessi possono ripetersi varie volte (4-7) sino a che la malattia si spegne spontaneamente. La milza rimpicciolisce, e lo stato generale migliora rapidamente. Se si verifica una recidiva dopo pochi giorni, — il caso è abbastanza frequente specie se non si è intervenuti terapeuticamente finita l' infezione (neosalvarsan), — questa ha decorso molto più blando, e molto più corto dei precedenti accessi, e di regola in seguito non si verificano più recidive. I risultati che s'ottengono colla ricorrente, a detta degli autori che l'impiegarono, sarebbero buoni, con una percentuale di remissioni quasi

(1) *Policlinico*, Sez. medica, n. 2, 1927.

simile a quelle ottenute colla malaria. Però, tanto quest'ultima terapia quanto la prima, presentano un grave inconveniente di fronte alle cure, che verrò esponendo dappresso e che cioè. se anche la loro pericolosità è — se usate con tutte le precauzioni — quasi nulla, è impossibile poter regolare l'intensità degli accessi, i quali possono susseguirsi, in taluni casi violenti e subentranti l'uno all'altro, in altri essere leggeri e classicamente terzani.

Le cure colla tubercolina e col nucleinato di soda si possono invece graduare perfettamente a seconda degli effetti ottenuti, ed anche dello stato di salute dei pazienti stessi.

Mi soffermerò un po' a lungo su queste, poichè, mentre i loro risultati non sono affatto inferiori o di poco inferiori ai risultati delle altre terapie, queste sostanze possono essere alla portata di tutti e la cura può essere attuata ovunque.

La tubercolinoterapia fu per prima adottata dal Wagner con buoni risultati, comunicati da lui stesso nel 1900 al Congresso Internazionale Medico di Budapest, e recentemente in un suo lavoro (1922), egli insistendo su questa cura, riportava alcuni casi di pazienti già curati nel 1900 e che tutt'ora godevano buona salute, ed accudivano alle loro faccende.

Pilcz, allievo di Wagner, continuò sul cammino intrapreso dal maestro, e, si può ben dire, è un entusiasta del metodo.

Usa la tubercolina in soluzione al 10 % e incomincia iniettando sottocute un centigr. di tubercolina, che corrisponde nella soluzione sopra detta ad un c. c. Ripete l'iniezione, con intervalli di due giorni, ed a seconda delle reazioni, va aumentando gradatamente sino a raggiungere 1 5 centigr. Gli era stato obiettato, che la cura poteva presentare dei pericoli, risvegliando focolai tubercolari latenti, ma egli stesso ha escluso questa possibilità, poichè in molti anni di questa pratica, non gli era mai occorso d'osservare un fatto simile, e poi anche perchè tra i paralitici progressivi sono estremamente rari i tubercolotici, quasi che la P. G. P. costituisca una specie d'immunità per la tubercolosi.

Buoni risultati da questa cura, avrebbero ottenuto Rappeport, Danajew Friedlaender, Wachsmann, Glaushoff, Hudovernig, Siebert, Tamburini, ma pare che risultati ancor migliori si possano ottenere associando la terapia tubercolinica al mercurio. In questo senso starebbero gli studi di Heinicke e Kuenzel, di Bouloz, del Pilcz stesso. Il Vidoni, che avrebbe ottenuto pure da questa cura ottimi risultati, ha emessa l'ipotesi, che questi sarebbero dovuti all'azione modificante che la tubercolina eserciterebbe sui centri nervosi e sui vasi, per cui il mercurio potrebbe far sentire la sua azione in profondità nella sostanza cerebrale Goria, che ha preconizzato l'uso della tubercolina col bismuto, ha ottenuto pure buoni risultati dall'associazione tubercolina mercurio. Egli praticava iniezioni quotidiane di tubercolina, incominciando da dosi minime (un milligr.) e poi aumentava adagio adagio sino a rggiungere temperature varianti tra i 39° e i 40°. Quasi contemporaneamente all'iniezione di tubercolina, faceva susseguire una iniezione di mercurio. Continuava così per dieci giorni, poi faceva un periodo di riposo di dieci giorni, e ripeteva per altre due volte questi due periodi.

Colle cure tubercoliniche, che si praticheranno sempre dopo aver esaminato attentamente il malato, non solo dal lato polmonare ma anche dal lato anamnestico, si può osservare alcune volte, coll'elevarsi della temperatura, un certo grado d'intontimento psichico, cefalea, congestione al viso, epistassi. In questi casi è bene diminuire la dose, o sospendere per qualche giorno. Nel luogo dell'iniezione in taluni soggetti è stato osservato leggero eritema e talora lieve tumefazione, che in breve tempo scompare. Durante la cura, è ottima regola sorvegliare attentamente la funzionalità renale, la polmonare ed anche la circolatoria.

Risultati assai affini a quelli che s'ottengono colla tubercolina, ci dà la cura col nucleinato di sodio. Furono Donath e Fischer nel 1909, all'insaputa l'uno dall'altro, contemporaneamente ad usare detta sostanza. Donath si serviva di questa soluzione:

Nucleinato di sodio
Cloruro di sodio ana gr. 2
Acqua distillata sterilizzata gr. 100

ch'egli iniettava tutta in una volta o in due riprese a distanza di una settimana da un'iniezione all'altra. L'iniezione che era fatta sottocute era assai dolorosa e veniva ripetuta settimanalmente, e questo per circa due mesi. Cinque o sei ore dopo l'iniezione, la temperatura saliva a 39-40° e si aveva una leucocitosi assai elevata tra i 20,000 e i 60,000 leucociti.

Fischer si serviva di una soluzione al 10 % di detto sale, ed egli praticava un'iniezione ogni 3-4 giorni contenente tra i 2 e i 10 cmc. di soluzione, secondo le reazioni ottenute e le condizioni di salute dei pazienti. Egli pensava che i buoni risultati che si ottenevano, si dovessero attribuire alla leucocitosi, contrariamente alle idee del Donath, che li attribuiva al nucleinato, per il suo potere ossidante ed eliminante i prodotti tossici del ricambio materiale e le scorie del tessuto nervoso in distruzione, ch'egli pensava si dovessero trovare accumulati nella malattia.

Indubbiamente, anche se un po' dolorosa, tuttavia la terapia col nucleinato di soda, costitui-

sce un buon metodo di cura, e benchè Klieneberger, Loewenstein e Wolker, Moretti, De Block siano contrari a questa, numerosi sono gli autori che la consigliano: Furmam, Hussel, Dabrowsky, Hauber, Pregowsky, Morselli, ecc. Tsisimakis, che s'occupò della questione, ed è favorevole alla cura nucleinica, scrive che se il nucleinato è preferibile alla tubercolina, perchè meno pericoloso, le remissioni ch'esso dà sono meno durature di quelle ottenute colla tubercolina.

Jalowicz provò il nucleinato in unione col neosalvarsan, e pare con risultati poco soddisfacenti; Goria l'associò alla tubercolina con risultati buoni. Usava egli una soluzione di tubercolina semplice di Pilcz, alla quale aveva aggiunto il 10 % di nucleinato di sodio. Ed in questo modo, la quantità sia di nucleinato che di tubercolina necessaria per ottenere discrete temperature, era assai piccola e quindi indolora riusciva la cura.

Incominciava iniettando 1/10 di cmc. della soluzione, ed andava poi aumentando gradatamente sino ad ottenere temperature tra i 39° e i 40°.

Recentemente Wagner ha consigliato di aggiungere del vaccino tifico alla tubercolina ed al mercurio, affermando che il primo aiuta l'azione di questi ultimi.

Allo stato attuale delle cose, noi possiamo ben dire che, se la malaria e la recurrens terapia, sono quelle che pare possano dare i migliori risultati, e ciò sapremo fra qualche anno, nella cura della P. G. P. non vanno rigettati la tubercolina e la nucleinoterapia. Infatti, se queste possono presentare un minor numero di successi, la cosa non è ancor sicuramente provata, hanno però maggior facilità d'applicazione, sia perchè oltre ad essere facili a procurarsi, si possono dosare convenientemente, secondo le condizioni di salute, d'età, e le reazioni dei pazienti stessi, ciò che invece è quasi assolutamente impossibile colla recurrens e colla malarioterapia. Del resto, Kirschbaum in uno dei suoi recenti lavori si esprimeva, parlando appunto di queste ultime, che i risultati ch'esse davano, non erano molto superiori a quelli ottenuti colla tubercolina e col nucleinato, e deplorava che il loro uso fosse già entrato nella pratica. Certo che, come nella malarioterapia, i risultati più brillanti s'ottengono quando la malattia è curata al suo inizio, così è pure per la tubercolina e per la nucleinoterapia. Tanto più la malattia è presa agli inizi, e tanto maggiori saranno le probabilità di arrestare il male. Non si raccomanderà quindi mai a sufficienza, appena fatta la diagnosi di iniziare subito uno dei trattamenti suesposti, e non sottoporre il paziente a cure mercuriali o tanto peggio arsenicali, chè non solo farebbero perdere del tempo prezioso, ma quasi senza dubbio peggiorerebbero notevolmente lo stato dei pazienti.

CONFERENZE.

La sifilide pulmonare.

(TYLECOTE. *Lancet*, 1927, 24 settembre).

L'esistenza di una vera sifilide pulmonare degli adulti non è concordemente ammessa. I sifilografi la ritengono molto comune, i tisiologi invece la giudicano rarissima o affatto inesistente. Vero è che se non è molto comune, non per questo si può negare l'esistenza di una vera e propria sifilide dei pulmoni.

Dal punto di vista anatomico la sifilide pulmonare infantile assume due forme:

1) pulmonite bianca o interstiziale del feto, nella quale le pareti alveolari sono infiltrate e gli alveoli sono bloccati da cellule epiteliali desquamate. La condizione è compatibile con la vita solo per qualche ora;

2) gomme isolate o combinate con la forma precedente. Di solito i neonati sono natimorti e presentano altre lesioni sifilitiche con numerosi spirocheti.

La sifilide pulmonare acquisita assume cinque forme:

1) sifilide dei pulmoni, una combinazione di aree di sclerosi partenti dagli ili o dalle basi con ulcere della trachea, della laringe e dei bronchi, talvolta con cavità broncoectasiche o gangrenose, con o senza gomme (che negli adulti sono rare);

2) pulmonite interstiziale cronica dovuta a sifilide in soggetti tubercolotici o non;

3) gomme sifilitiche;

4) lesioni da deficit circolatorio dovute ad arteriosclerosi sifilitica, con infarti, embolie pulmonari, pleuriti sierofibrinose;

5) arteriosclerosi pulmonare con grave edema.

Praticamente nella sifilide pulmonare occorrono tutti i sintomi e segni delle malattie di petto. Quantunque l'affezione si verifichi abitualmente nel periodo terziario, non deve essere dimenticato che nel periodo secondario si può avere un catarro delle vie aeree come un esantema, talvolta con piressia, la così detta febbre sifilitica. Tra i sintomi più imponenti della sifilide pulmonare il primo è la dispnea, che può dipendere da occlusione inspiratoria determinata da stenosi tracheale o bronchiale consecutiva ad ulcerazione o da pressione esterna da parte di una gomma. In molti casi dipende da sclerosi peribronchiale e talvolta costituisce un vero accesso asmatico. La dispnea con inizio più improvviso può dipendere da deficienza miocardica di origine sifilitica.

Talvolta si ha emottisi dipendente da ulcerazione della trachea o dei bronchi o da broncoectasie consecutive alle ulcerazioni stesse. Quantunque raramente, può avere esito letale.

A differenza di quanto avviene nelle affezioni pulmonari tubercolari o neoplastiche, nella sifilide dei pulmoni la pressione vasale è normale o leggermente aumentata.

Quando si stabiliscono le broncoectasie si ha tutta la sfavorevole sintomatologia di questa condizione: febbre, perdita di peso, deperimento. Però nella media dei casi di sifilide pulmonare malgrado i molteplici segni locali si hanno scarsi disturbi generali. Lo stato nutritivo dei pazienti è buono malgrado le avanzate lesioni pulmonari.

Al contrario di quanto avviene nella tubercolosi, le lesioni sifilitiche sono più frequentemente localizzate agli ili o alle basi, e sono per lo più unilaterali. Il radiogramma dimostra che la sclerosi o la gomma si sviluppa lungo i vasi primari e secondari e lungo i bronchi, e dimostra altresì un'ombra più densa in corrispondenza del mediastino e la forma del cuore differente da quella che si riscontra nella tubercolosi.

È buona pratica eseguire la reazione di Wassermann in ogni caso di lesioni pulmonari, nel quale il reperto dell'esame dell'espettorato è negativo per il bacillo di Koch, tenendo comunque presente che spesso coesistono lesioni luetiche e tubercolari.

I criteri per la diagnosi differenziale sono i seguenti:

1) segni di tisi con esame dell'espettorato ed inoculazione alle cavie negativi;

2) miglioramento dei sintomi, specie dell'asma e della dispnea, in seguito a cura iodica;

3) segni fisici molto evidenti insieme a decorso lungo ed a condizione stazionaria. Tenendo però presente che può mancare ogni segno, eccetto quello dato dal radiogramma;

4) lesioni sifilitiche in altri organi;

5) Wassermann positiva;

6) emottisi ricorrente ma non letale;

7) localizzazioni delle lesioni differenti da quelle abituali delle lesioni tubercolari e decorso anormale;

8) combinazione di lesioni tubercolari e sifilitiche: la tubercolosi può guarire e l'esame dello sputo ritornare negativo, mentre persistono i sintomi clinici, specie la dispnea;

9) fratture spontanee nel paziente o in altri membri della famiglia;

10) pressione sanguigna piuttosto alta in confronto di quella che suole riscontrarsi nelle affezioni tubercolari o neoplastiche;

11) sintomi tipici di tumore mediastinico, ma con Wassermann e iodoterapia positive, ed il più lungo decorso differenziano la gomma dal linfosarcoma;

12) broncoectasie, o stenosi tracheale e laringea;

13) sintomi di laringite non accompagnati da altre lesioni pulmonari e dal deperimento generale;

14) l'esame radiologico dimostra una sclerosi a particolare distribuzione, senza ombre di calcificazione, ombra mediastinica più intensa e modificazione della forma del cuore;

15) sintomi di malattia di petto con scarsa o nessuna diminuzione di peso, ma con particolare marcato aspetto anemico, e con mancanza della caratteristica piressia tubercolare;

16) segni di pleurite sierofibrinosa, con rapida riformazione del liquido dopo svuotamento, senza però marcati sintomi generali.

Il medicamento specifico della sifilide pulmonare è l'ioduro di potassio. Se ne devono dare 25-50 cgr. tre volte al giorno, ma in caso di gomma occorrono dosi più generose. Qualora vi sono cavità broncoectasiche o la dispnea è il sintoma preminente giova aggiungere la belladonna.

Il successo del trattamento in molti casi è in rapporto alla sua tempestività, perchè in caso di ulcerazioni ulcerative possono formarsi stenosi irreparabili della trachea o dei bronchi.

Il trattamento tonico generale è utile: si può dare ioduro di ferro e arsenico sotto forma di liquore del Fowler per bocca, o sotto forma di novarsenobillon a seconda dei casi e sempre che le condizioni del cuore lo consentano. Vantaggioso è anche il tartrato di ferro dato insieme all'ioduro di potassio.

Il mercurio è indicato sotto forma di frizioni con pomata napoletana, accompagnate sempre dalla somministrazione orale di ioduro.

Come adiuvanti tonici giovano i bagni solforati caldi ed i viaggi per mare.

In caso di coesistenza di tubercolosi praticare insieme tutte le cure indicate per detta affezione.

DR.

SUNTI E RASSEGNE.

Il trattamento della tabe colla malaria sperimentale.

(H. SCHAEFFER. *Presse méd.*, 2 luglio 1927).

Dopo i risultati così favorevoli ottenuti mediante la malarizzazione nella cura della paralisi progressiva, neurologi e sifilografi hanno tentato di applicare questo stesso mezzo di cura in altre forme di sifilide nervosa, e specialmente nella tabe· tentativo ben giustificato dal fatto che, se la tabe si lascia influenzare un po' più della paralisi progressiva dai medicamenti specifici, pur tuttavia questi si dimostrano spesso del tutto insufficienti.

L'A. espone in un lavoro sintetico i risultati ottenuti da vari autori che a questo studio si sono particolarmente dedicati (Scherber e Albrecht, Bering, Hoff e Kauders).

La tecnica non differisce in nulla da quella usata finora nel trattamento della paralisi progressiva: iniezione sottocutanea di 3-5 cmc. di sangue di un soggetto affetto da terzana benigna, mai chininizzato. Indispensabile è un esame preventivo del sistema cardio-vascolare del ricevente, data la tendenza ad accidenti di insufficienza cardiaca nella malaria sperimentale. Utile è talvolta, in soggetti deboli e in cattive condizioni generali, una cura preparatoria di riposo e di iniezioni di cacodilato di sodio e stricnina. Il numero degli accessi sarà di 10-12: e si farà seguire sempre un trattamento salvarsanico o bismutico. Nei tabetici cachettici Hoff e Kauders consigliano di suddividere la cura: troncando la malaria col chinino per es. dopo 4 accessi, lasciando qualche settimana di riposo, in cui si farà il trattamento specifico, e poi ripetendo la inoculazione.

I risultati ottenuti da Hoff e Kauders sono i seguenti: nel 25 % dei casi non si è osservato alcun miglioramento; nel 43 % dei casi si è avuto il miglioramento di un sintomo, fino alla sua scomparsa; nel 32 % il miglioramento di tutti i sintomi, fino alla guarigione: intendendo per guarigione la cessazione di ogni disturbo subbiettivo e della positività delle reazioni praticate sul sangue e sul liquor.

Le forme con grave atassia sono quelle che si giovano meno del trattamento; mentre quelle in cui predominano i dolori lancinanti danno risultati molto più favorevoli. Ma le forme più sensibili sono quelle con crisi gastriche: in questi casi gli autori suddetti hanno ottenuto una percentuale del 63 % di guarigioni, e del 25 % di miglioramenti. Da notare che talvolta la malarioterapia, analogamente a quanto avviene con la cura specifica, può provocare la comparsa di sintomi, e la riattivazione delle reazioni umorali: così in qualche caso si vedono insorgere, nel periodo d'incubazione o nei periodi di apiressia tra un accesso e l'altro, dei dolori lancinanti, in malati che non ne soffrivano.

Molto meno influenzabili dalla malaria sperimentale sono i sintomi obbiettivi: l'atassia, specie se grave, non si modifica affatto: e così, salvo casi eccezionali, l'abolizione dei riflessi e il segno di Argyll-Robertson.

I rapporti tra trattamento colla malaria e reazioni umorali, possono essere considerati da due punti di vista. Alcuni autori hanno creduto di vedere una modalità di azione più benefica e più sicura nei casi in cui le reazioni umorali erano fortemente positive; mentre altri pensano il contrario. La conclusione è che la W. R., sia nel sangue che nel liquor, non può essere un criterio per il successo maggiore o minore della cura. Altra questione è l'influenza del trattamento sulle reazioni: ma, salvo qualche raro caso, pare che queste si modifichino difficilmente. Invece una azione manifesta si avrebbe sulla pleiocitosi e sul contenuto di albumina (non di globuline) del liquor.

Notevole è la benefica influenza della malarizzazione sullo stato generale dei malati, che aumentano di peso, e ritrovano le loro forze.

Naturalmente i risultati sono tanto più buoni quanto più questa cura venga precocemente istituita.

Riguardo all'ulteriore decorso dei malati in cui si è avuto un miglioramento, nel 12% dei casi la malattia riprende il suo decorso; nel 36 % le condizioni rimangono immutate, nel 52 % dei casi il miglioramento prosegue.

L'A. si domanda se i risultati ottenuti con questo mezzo di cura siano realmente superiori a quelli che si ottengono col solo trattamento specifico; e consiglia di essere prudenti nell'emettere giudizi, specie in una malattia come la tabe, il cui decorso, indipendentemente da qualsiasi intervento terapeutico, è estremamente variabile da caso a caso. Tuttavia i risultati ottenuti specie in alcune manifestazioni spesso molto resistenti alle cure come le crisi viscerali, non possono non esser presi in seria considerazione.

Passando dai fatti alle ipotesi l'A. indaga il meccanismo con cui la malaria giovi sia nella paralisi progressiva che nella tabe; e pensa che non si tratti che di una forma, la più attiva, di piretoterapia: la sua azione non sarebbe diversa da quella ottenibile con altre sostanze capaci di provocare uno shok (proteine, vaccini, tubercolina, nucleinato di Na, ecc.). Anche per il salvarsan è stata da Scherber emessa l'ipotesi che

esso alle forti dosi in cui giova nella tabe agisca per lo shok che provoca: se questo fosse vero le piccole dosi andrebbero senz'altro scartate. Certo è che nelle forme di sifilide nervosa la malaria giova anche da sola, all'infuori da qualsiasi trattamento specifico: il meccanismo resta però assai oscuro; e bisogna ammettere che un'infezione protozoaria cronica quale è la sifilide si comporti non differentemente dalle infezioni microbiche acute in cui gli shoks da proteine o da metalli colloidali esercitano una non costante ma talora innegabile azione terapeutica.

La malarioterapia avrebbe non solo un'azione risolutiva sui processi infiammatori, ma agirebbe anche sulle lesioni degenerative delle guaine mieliniche favorendo la rigenerazione: solo quando anche i cilindrassi sono colpiti (come nelle vecchie tabi, nelle atassie gravi) essa non sarebbe più di nessuna efficacia.

L'A. si domanda se non varrebbe la pena di esperimentare questa terapia a scopo preventivo, nelle prime fasi dell'infezione sifilitica, appena l'esame del liquor mostri i primi accenni all'invasione del sistema nervoso centrale.

M. SABATUCCI.

Rapporti sui medicamenti antisifilitici.

(*Bull. de l'Acad. de Méd.*, n. 21. Séance du 24 Mai 1927).

In seguito all'incarico ricevuto dal Ministero del Lavoro, Igiene, Assistenza e Previdenza sociale di organizzare un servizio di controllo dei medicamenti antisifilitici, l'Accademia di medicina di Parigi ha ritenuto utile procedere a uno studio preliminare della questione affidando a specialisti in materia la compilazione di rapporti, da un lato sugli antisifilitici in genere e arsenobenzoli in specie dal punto di vista farmacologico, chimico e fisiologico; dall'altro sugli accidenti e sull'attività terapeutica dei medicamenti antisifilitici usuali.

M. MEILLÈRE. — *Controllo dei medicamenti antisifilitici dal punto di vista farmacologico e chimico.* — Gettato uno sguardo alla storia dei varii antisifilitici, dal mercurio sotto le varie sue forme e vie di somministrazione, all'arsenico e al bismuto, e ricordato gli incidenti, più o meno frequenti, cui in ogni tempo la loro applicazione diede luogo, l'A. rileva la speciale alterabilità di alcuni di questi prodotti e la facilità con la quale modificazioni, sia pure lievissime, di essi, chimiche o molecolari, possano dar luogo a fenomeni gravi di intolleranza, difficilmente prevedibili. Appare di conseguenza assolutamente necessario il far precedere la messa in uso di tali prodotti da una rigorosa verifica della loro costituzione fisico-chimica e della loro azione fisiologica.

Modalità di funzionamento di un controllo dei preparati antisifilitici. — L'A. comincia col riferire quanto è stato fatto all'uopo all'estero. I due sistemi-tipo sono l'americano e il tedesco.

In America (Stati Uniti) il servizio di controllo fa procedere in sua presenza alla preparazione del farmaco, ai saggi di verifica della sua identità e purezza, alle prove tossicologiche e fisiologiche. Il servizio di ispezione si riserva quindi il diritto di suggerire o di esigere ulteriori prove complementari. Se l'inchiesta dà risultati favorevoli, l'autorizzazione viene concessa con riserva di applicazione di un controllo permanente a complemento dell'efficacia del sopraluogo originario.

In Germania il sistema è invece differente. Il servizio di controllo allorchè riconosce l'utilità dell'introduzione in terapia di qualche nuovo composto, incarica una ditta industriale specializzata di stabilire un tipo standardizzato e procede insieme col laboratorio in questione a tutte le prove utili e necessarie per stabilire gli indici fisici, chimici e biologici. Ogni preparazione a base del prodotto fornita al pubblico deve rispondere rigorosamente alle prove così stabilite ufficialmente.

Questo sistema sembra nell'insieme il migliore.

Negli altri paesi europei, ad eccezione dell'Inghilterra, non esiste una regolamentazione ufficiale o soltanto un abbozzo di essa. In Francia d'ora innanzi i medicamenti antivenerei a base di prodotti officinali dovranno rispondere a delle condizioni nuove, particolarmente dal punto di vista biologico. Sarà anzitutto necessaria un'intesa tra la Commissione di controllo dei medicamenti antisifilitici e la Commissione del codice affinchè un medicamento officinale non vada ufficialmente sottoposto a due prove differenti da parte delle due Commisioni. Bisogna però notare che di gran lunga più numerosi all'ora presente sono i medicamenti antivenerei non iscritti al Codice, non officinali. Per questi ultimi non esiste ancora in Francia alcuna prova ufficiale, ma, una volta stabilito il controllo da parte dell'Accademia, la loro formula e il loro procedimento di saggio verranno pubblicati sul Bollettino dell'Accademia stessa, ciò che equivarrà all'iscrizione al codice. Tali medicamenti diverranno così a loro volta *officinali.* Pertanto anche qui dovrà intervenire un accordo ulteriore tra la Commissione del codice e quella dell'Accademia.

Compito particolare del chimico nel controllo dei medicamenti antisifilitici. — Il laboratorio

nel quale si effettueranno le ricerche dovrà disporre di tutto l'istrumentario rispondente ai moderni bisogni dell'analisi. Il chimico rileverà gli indici analitici chimici e fisici di ciascun prodotto al fine di poter fissare rigorosamente i suoi caratteri d'identità e di permettere facilmente un ulteriore controllo tra un campione del prodotto prelevato e il tipo fissato dalla Commissione.

Oltre a questo processo di identificazione, il chimico sarà chiamato a collaborare nelle altre prove biologiche con il fisiologo e con il clinico, allorchè si tratterà, p. es., di stabilire il processo di localizzazione e di eliminazione, basi essenziali dello studio tossicologico di un farmaco.

PIERRE GLEY. — *Il controllo fisiologico degli arsenobenzoli.*

Studio fisiologico degli arsenobenzoli. — Lo studio fisiologico degli ars. è alla base delle ricerche sulla patogenesi degli accidenti che l'iniezione di questa classe di medicamenti può produrre nell'uomo. L'A., accennati ai sintomi generali, immediati e tardivi, che l'intossicazione da arsenobenzoli è capace di produrre negli animali, passa a trattare dell'*Azione degli arsenobenzoli sulle differenti funzioni fisiologiche. Tubo digestivo.* — Il salvarsan introdotto nell'organismo per via intramuscolare o endovenosa si elimina attraverso la mucosa gastrica e apporta l'arresto della secrezione gastrica e biliare: contemporaneamente aumenta la produzione del muco. Dopo azione prolungata degli arsenobenzoli si può osservare diminuzione del tono e dei movimenti ritmici dell'intestino. Le dosi elevate possono produrre ulcerazioni e emorragie.

Apparato circolatorio. — Degna della massima attenzione è l'azione che gli ars. esplicano sul

a) *Sangue.* — Anzitutto l'iniezione di arsenobenzolo nel sangue è accompagnata dalla formazione di un precipitato. Questo precipitato si forma nel plasma o nel siero anche se si aggiunge « in vitro » arsenobenzolo a siero. Nella formazione di questo precipitato ha un ufficio la reazione del mezzo nel quale essa si compie; infatti se la soluzione da iniettare è acida, si ha la precipitazione massima, mentre se è alcalina o neutra, si ottiene un precipitato invisibile a occhio nudo ed i cui granuli non oltrepassano il volume dei glob. rossi. Fleig e Pomaret attribuiscono quest'azione precipitante propria sia del 606 che del 914, alla loro funzione fenolica. In mezzo alcalino le funzioni fenoliche dell'arsenobenzolo sarebbero bloccate dall'alcali, mentre in mezzo acido ridiverrebbero libere.

L'ammettere che i disturbi in seguito ad iniezione di un ars. nell'organismo siano sotto la dipendenza della formazione di un precipitato, trova conferma in varie osservazioni. Fra queste, alcune si riferiscono alla constatazione nei casi di crisi nitritoidi di un abbassamento della riserva alcalina, altre alla somministrazione di alcalini con lo scopo di impedire la produzione delle crisi. Jeanselme e Pomaret inoltre, dopo aver reso acidosico un cane per mezzo di un regime carneo o coll'infezione di acido β-ossibutirrico, constatarono la facile produzione dello choc con l'iniezione di arsenobenzolo, mentre allo stato normale esso non si produceva.

Allo studio dell'azione precipitante degli ars. sul plasma possono riconnettersi le variazioni del potere refrattometrico dei colloidi sanguigni verificabili dopo l'iniezione arsenobenzolica.

In secondo luogo gli ars. esplicano un'azione anticoagulante. Il sangue degli animali morti per intossicazione da salvarsan è incoagulabile. Secondo la dose iniettata si ottiene un ritardo della coagulazione o una incoagulabilità completa.

Sui gl. rossi il salvarsan può produrre emolisi. In tali casi si verificherebbe in seguito un aumento progressivo del numero delle emazie che giunge a sorpassare il normale.

Sui leucociti, secondo Yakimoff e Corridi, agirebbe determinando dapprima una leucopenia, principalmente a carico dei linfociti, poscia una leucocitosi della durata di parecchi giorni.

b) *Cuore e vasi.* — Azione sulla pressione arteriosa. La somministrazione endovenosa di dosi non tossiche di salvars. in soluzione alcalina e più ancora quella di salvars. in soluzione acida, apporta dilatazione del cuore, specialmente del ventricolo d.; contemporaneamente la pressione arteriosa si innalza nella piccola circolazione e si abbassa temporaneamente nella grande in seguito alla vasodilatazione. Luithlen fa dipendere questi disturbi da un'offesa primitiva del cuore, altri invece da una diminuzione del tono vascolare.

Sulla parete dei vasi sono state osservate spesso lesioni a carico dell'endotelio. Dopo l'iniezione di dosi tossiche di arsenobenz. negli animali si riscontrano emorragie puntiformi nel cervello e emorragie negli altri visceri.

Apparato respiratorio. — L'iniezione di forti dosi rende i movimenti respiratori più lenti e superficiali. Secondo Jackson e Smith si tratterebbe di un'azione diretta sui centri respiratori. Altri AA. sembrano indicare che i disturbi respiratori verificabili in seguito all'iniezione di dosi tossiche di salvars. costituiscano una sindrome

angioneurotica la cui evoluzione può essere favorevolmente influenzata dall'atropina.

Sistema nervoso. — Iniettando forti dosi tossiche si producono iperemia e emorragie cerebrali che possono essere seguite da convulsioni e perdita di coscienza. In tali casi è stato trovato ars. nel cervello. Il salvars. si differenzia dall'atoxyl perchè a dosi terapeutiche non agisce sul sist. nerv. centrale, nè sul n. ottico e la retina.

Ghiandole a secrezione interna. — Il salvars. può determinare lesioni di queste ghiandole sia direttamente che per l'intermediario dei capillari. Alcuni vedono una relazione diretta tra questa azione e la suscettibilità dell'organismo per il farmaco. Altri vedono nella crisi nitritoide l'espressione di alterazioni delle surrenali in seguito a lesioni del loro sistema vascolare. Vi sarebbe diminuzione dei lipoidi e della sostanza cromaffine.

L'A. conclude il suo studio fisiologico rilevando la difficoltà, in base alle esperienze praticate sugli animali con gli arsenobenz., di poter trarre la spiegazione degli accidenti ai quali tali composti possono dar luogo nell'uomo. Alcuni AA., basandosi sulle modificazioni dello stato fisico dei colloidi del sangue producentisi sotto l'influenza degli arsenobenz., interpretano la crisi nitritoide con tutti i suoi sintomi come la conseguenza di questo disturbo. Tali modificazioni dello stato umorale debbono certamente avere importanza nella patogenesi dello choc arsenobenzolico. Manca però la spiegazione di molti altri disturbi, tra i quali l'ipotensione, i vomiti, l'abbassamento della temperatura, l'astenia muscolare.

Accennato quindi alla necessità del controllo fisiologico della tossicità degli arsenobenz., riferisce diffusamente sui controlli attualmente praticati dalla Germania, dalla Gran Brettagna e dagli Stati Uniti e sul controllo privato in Francia; passa quindi a trattare della

Necessità dell'organizzazione di un controllo fisiologico degli arsenobenzoli e basi tecniche sulle quali esso dovrà effettuarsi. — L'A. ritiene pericoloso affidare nelle mani dell'iniziativa privata il controllo fisiologico della tossicità degli arsenobenzoli.

Su quali basi pertanto stabilire una prova di controllo? I punti da fissare sono i seguenti: aliquota di campioni da esaminare in rapporto alla quantità di prodotti fabbricati, scelta dell'animale reattivo, dosi tollerate, percentuale di morti tollerata, durata delle osservazioni.

Quanto al primo punto è difficile poter fissare norme precise. In genere si seguirà il principio di controllare un campione per ogni lotto di fabbricazione.

Quanto al secondo, l'A. propone la scelta dei sorci (souris).

Quanto al terzo, propone di adottare le cifre fornite dal controllo tedesco che sono le più recenti (1926): gr. 0,15 per kgr. di peso del sorcio (0,003 per 20 gr. di peso) pel controllo del 606; gr. 0,37 (0,0074 per 20 gr.) pel controllo del 914. Le dosi vengono iniettate per via endovenosa.

Quanto al numero di animali da iniettare per ogni saggio e alla percentuale delle morti da tollerare, tali cifre dipenderanno in pratica dall'organizzazione del futuro laboratorio di controllo (In Germania, p. es., ogni campione di salvars viene saggiato su 42 animali — 36 sorci e 6 topi — ed ogni campione di neosalvars. su 36 — 30 sorci e 6 topi). — In linea di massima giova notare che quanto maggiore sarà il numero di animali iniettati, tanto minori le probabilità di incontrare idiosincrasie.

Da ultimo l'A. accenna all'organizzazione di un laboratorio per il controllo fisiologico degli arsenobenzoli. Attualmente le prove consistono in ricerche sulla tossicità globale sui varii animali. A lato dell'impianto necessario per tali prove occorrerà organizzare anche un laboratorio per ricerche di fisiologia generale. Adeguatamente ricca dovrà essere la dotazione di animali: calcolando l'esecuzione in media del controllo di un campione al giorno ed eseguendo i saggi relativi su 20 animali, essa si aggirerà, con le necessarie riserve, sui 700 animali (500 sorci e 200 conigli).

M. A. TZANCK. — *Accidenti dei medicamenti antisifilitici. Arsenobenzoli.* — Occorre premettere: 1) che gli accidenti gravi sono del tutto eccezionali relativamente all'elevato numero di infermi curato: 2) che i pericoli inerenti alla cura possono considerarsi minimi rispetto a quelli legati alla sifilide.

Gli accidenti da arsenobenzoli sono caratterizzati da un'estrema varietà: fra essi i più frequenti non sembrano quelli dovuti a tossicità dei prodotti ma al malato stesso.

Gli accidenti legati al malato comportano da una parte le cosidette reazioni arsenosifilitiche, dall'altra le intolleranze.

Fra le prime è da annoverare la reazione di Herxheimer con la sua vasta sintomatologia, poscia tutti i differenti tipi di ricadute le quali possono in generale considerarsi quali accidenti sifilitici sopravvenienti in seguito a cure insufficienti.

Gli accidenti da intolleranza sono i più frequenti fra tutti. Qui, al contrario degli accidenti di natura tossica, la questione della dose passa in seconda linea. Le intolleranze generali per le

loro modalità di insorgenza e di evoluzione impongono subito l'idea di una reazione umorale, di un accidente di choc. Fra esse la cosidetta crisi nitritoide rappresenta una complicazione frequente, in genere immediata o precocissima, osservabile sopratutto col metodo di somministrazione intravenoso. Essa, come è noto, può assumere varietà e intensità diverse; dalle forme lievi o fruste, alle gravissime e mortali. Le analogie di essa con le reazioni seriche immediate sono cospicue.

Fra le reazioni febbrili occorre distinguere la febbre d'intolleranza vera e propria dalla reazione di Herxheimer a tipo febbrile. Quest'ultima si distingue pel fatto che è più precoce e diminuisce alle ulteriori iniezioni, mentre la febbre da intolleranza aumenta con le dosi più forti del medicamento.

Le intolleranze sistematizzate possono essere a carico di tutti gli organi: sist. nervoso, pelle, fegato, reni, sangue ecc. La più grave fra tutte è quella a carico del sist. nervoso: l'encefalite emorragica o apoplessia sierosa.

L'intolleranza cutanea si traduce con i cosidetti esantemi arsenobenzolici: urticaria localizzata o diffusa, eruzioni morbilliformi, scarlattiniformi e talvolta eczematiformi. Milian e altri hanno descritto un tipo di eritrodermia arsenobenzolica.

Nel corso di cure arsenobenzoliche può osservarsi ittero in tutte le sue forme, dalla benigna alla grave. La patogenesi di tale manifestazione è stata a lungo discussa: nella maggioranza dei casi sembra debba considerarsi risultante di un'intolleranza epatica in un soggetto predisposto.

Gli arsenobenzoli, è noto, possono anche dar luogo a complicazioni sanguigne. « In vitro » diminuiscono e, a dosi più forti, sopprimono la coagulazione del sangue. « In vivo », nei soggetti predisposti e con dosi anche minime, possono comparire ritardi della coagulazione. È resa così possibile la comparsa di porpore e sindromi emorragipare più o meno gravi nelle quali l'es. del sangue potrà rivelare la sindrome di emogenia di P. E. Weil. In alcuni casi è stata osservata la produzione di un'anemia profonda.

Bismuto. — Con la cura bismutica gli accidenti sono più rari, meno gravi e meno complessi. I sali bismutici solubili ed insolubili (questi ultimi impiegati più spesso) possono dar luogo a accidenti a distanza e locali. Fra i primi si annovera la stomatite e le eruzioni cutanee che sono del tutto eccezionali. Talvolta può osservarsi astenia, febbre, diarrea. Una complicazione talvolta più grave è la nefrite bismutica.

Gli accidenti locali sono in relazione con il lento riassorbimento dei preparati iniettati nei muscoli. In alcuni casi possono insorgere complicazioni vere e proprie quali le ritenzioni bismutiche e le embolie arteriose. Gli ascessi asettici necessitano talvolta interventi chirurgici importanti. Per taluni tali accidenti sarebbero dovuti a difetti di tecnica, per altri al medicamento stesso, poichè la loro insorgenza è stata osservata soltanto dopo la somministrazione di alcuni determinati sali bismutici. Pertanto l'A. propone un controllo minuzioso anche pei preparati bismutici in commercio.

JEANSELME e SÉZARY. — *Attività terapeutica dei medicamenti antisifilitici usuali.* — Grazie alle nuove acquisizioni la terapeutica della sifilide può dirsi sia divenuta oggi molto più efficace, ma insieme molto più complessa.

L'apprezzamento motivato dell'azione curativa dei medicamenti più in uso è problema di estrema complessità. Innanzi tutto l'attività terapeutica deve essere studiata in condizioni ben definite. Gli AA. pensano a tal proposito che la migliore prova valevole quale testo per saggiare l'attività terapeutica degli antisifilitici sia rappresentata dalla loro azione nella sifilide secondaria, proprio quando i treponemi sono diffusi in circolazione ed infettano visceri e tegumenti. In tale periodo importa allora studiare:

1) la rapidità di scomparsa del treponema nelle lesioni ulcerate e la rapidità della cicatrizzazione e della risoluzione delle lesioni tegumentarie; la durata di quest'azione;

2) la rapidità di scomparsa delle reazioni del sangue e la durata di questo stato negativo;

3) la rapidità della scomparsa della reazione citologica nel l. c. r.;

4) la possibilità di una reinfezione stabilita a dovere;

5) la procreazione di figli sani;

6) l'evoluzione ulteriore della malattia, le lesioni viscerali tardive (particolarmente nervose).

Ciò stabilito, gli AA. considerano l'azione comparativa sui dati ora esposti del mercurio, degli arsenobenzoli e del bismuto e concludono ponendo in prima linea l'arsenico nel periodo secondario; in seconda il bismuto; in terza il mercurio. Nessuno dei tre medicamenti risulta tuttavia in grado di soddisfare completamente, poichè, prescindendo dai casi di arseno- o bismutoresistenza assoluta, quelli nei quali la cura non sortisce risultati completi o durevoli non sono eccezionali. Sorse appunto perciò l'idea di associare due medicamenti iniettandoli entrambi nel corso di una stessa cura alle dosi che si somministrerebbero se ciascuno dei due fosse usato separatamente. Eccoci così alle cure miste

coniugate arseno-mercuriali e arseno-bismutiche. Queste ultime sono oggi le più usate e per adesso può dirsi che la loro azione immediata sia perfetta, tanto da poter utilizzarle come metodo di scelta nella sifilide secondaria, alla condizione, s'intende, che ognuno dei medicamenti venga somministrato alla sua dose normale.

Da ultimo gli AA. accennano alle diverse vie di somministrazione degli arsenobenzoli paragonandone gli effetti fra loro. Ritengono che il medicamento iniettato per via endovenosa sia capace di svolgere un'azione più brutale e quindi maggiormente treponemicida, tale da renderlo particolarmente adatto nello stadio precoce della sifilide. La via sottocutanea esplica a sua volta azione press'a poco altrettanto efficace e trova particolare indicazione nella sifilide ereditaria e nei soggetti con vene inaccessibili.

M. AGOSTINI.

La bronchite cronica sifilitica.

(R. BENDA. *Le Bulletin médical*, 1927, n. 31).

Da molto tempo è conosciuta la notevole affinità della sifilide per il tessuto bronchiale. Mentre però i classici hanno descritto le forme tracheali, quelle dei grossi bronchi e quelle in cui sono colpite le terminazioni dell'albero aereo, è stato trascurato lo studio delle lesioni luetiche delle ramificazioni bronchiali poste, per così dire, a mezza strada fra i grossi bronchi e le terminazioni dei bronchioli. Ma il relativo oblìo in cui sono state lasciate queste bronchiti croniche si spiega col fatto che non esiste alcun sintoma particolare capace di attirare a prima vista, l'attenzione su di esse.

Col nome di bronchite cronica sifilitica vien designata la varietà di broncopatia terziaria definita dalla doppia sindrome anatomo-clinica di sclerosi bronchiale e di catarro cronico dei bronchi, sindrome banale in apparenza la cui natura specifica non potrà essere affermata altro che dopo una particolareggiata discussione di tutti i sintomi presenti e passati. Si distingueranno i casi puri, in cui la sifilide appare sola e quelli in cui si trova associata ad altri processi sclerosanti e in specie alla tubercolosi.

Come si pone in clinica la diagnosi di bronchite cronica sifilitica?

La diagnosi differenziale della sindrome « catarro bronchiale cronico » è delle più semplici: ben più difficile è riportare la sindrome bronchiale alla sua vera causa: la sifilide.

Se il paziente è un sifilitico accertato occorre stabilire se la lue è l'unica responsabile dei fenomeni di sclerosi-peribronchiale o se essa è associata ad altri fattori sclerogeni come la gotta, le inalazioni di gas asfissianti, la tubercolosi.

L'associazione sifilo-tubercolare è particolarmente frequente e spesso evidente per reperto bacillare nell'espettorato: in tali casi si riscontrano le imagini radiologiche caratteristiche della tubercolosi sclero-calcarea descritta da Sergent e Cotteud. Altre volte l'associazione con la tubercolosi è meno facilmente accertabile per la mancanza dei bacilli nello sputo e nelle feci. Forniranno allora indicazioni preziose: il dato anamnestico di affezioni respiratorie a lunga durata con periodi febbrili più o meno frequenti; la constatazione radiologica degli apici opachi e di noduli calcificati para-ilari e nel parenchima.

Infine molto spesso riesce impossibile ritrovare al difuori della sifilide, la minima traccia di una affezione sclerosante qualunque: l'anamnesi è negativa; non esistono segni clinici e radiologici e biologici che parlino in favore della tubercolosi fibrosa.

Sono questi i casi nei quali si deve per forza parlare di bronchite e peribronchite cronica sifilitica pura.

Se il malato è affetto da sifilide sconosciuta e si ha motivo di sospettarla si raccoglierà con cura la anamnesi, si ricercheranno le lesioni concomitanti in evoluzione e le differenti stigmate specifiche (aortite, lesioni del sistema nervoso, leucoplasia boccale o linguale, ecc.); si eseguiranno le reazioni umorali e principalmente la Wassermann.

Per ciò che concerne i dati dell'esame radiologico è duopo ricordare che non si riscontrano mai nella bronchite cronica sifilitica, nè cavità, nè opacità a focolaio; e così pure mancano i noduli calcificati nelle forme pure, mentre essi sono abbondanti nei casi di associazioni sifilo-tubercolari.

Nei casi di bronchite cronica sifilitica l'A. ha frequentemente riscontrato fra i tralci bronco-vascolari, fortemente disegnati, parecchi anelli scuri situati nelle regioni para-ilari, determinati probabilmente dalla presenza di un tessuto di sclerosi denso intorno ai tronchi bronchiali più grossi.

Di fronte ad una sindrome di bronchite cronica bisogna sempre porre il problema etiologico e fare ogni ricerca possibile per svelare o rigettare la esistenza di tubercolosi e di sifilide.

Il trattamento specifico dovrà essere applicato non solo nei casi certi di bronchite cronica sifilitica, ma anche in tutti i casi dubbi di sclerosi polmonare. Certamente come tutte le sclerosi di origine luetica, la sclerosi peribronchiale retrocede solo imperfettamente sotto l'azione del medicamento, ma in pratica si sono constatati sensibili miglioramenti sotto l'influenza della cura.

È necessario infine ricordare che le alterazioni

dei bronchi palesi o latenti, nei sifilitici possano essere il punto di partenza di accidenti cardiaci o renali, percui costituiscono un fattore di prognosi di grande importanza di cui si deve tener conto in ogni occasione.

VICENTINI.

La sifilide guarisce?

(GOUGEROT. *Journal des praticiens*, 1927, n. 23).

La guaribilità completa della sifilide è quistione tuttora controversa.

Affermano alcuni che la sifilide ben curata guarisce del tutto e se ne danno le seguenti prove: assenza di disturbi per una lunga serie di anni; integrità degli umori: Wassermann negativa nel sangue e nel liquido cefalo-rachidiano; assenza di contagi familiari: gravidanza normale con placenta normale, figli sani e con Wassermann sempre negativa; reinfezioni indiscutibili.

Si è affermato anche che la sifilide può guarire spontaneamente senza alcuna cura o con cure insufficienti. Al riguardo si citano numerosi casi d'individui che della sifilide durante tutta la vita non hanno avuto altra manifestazione che l'ulcera, malgrado non si siano curati affatto o solo scarsamente.

Altri sostengono che la sifilide non guarisce mai, che malgrado le cure più intense rimane sempre la possibilità di manifestazioni più o meno gravi a carico dei vari organi e sistemi.

Tra queste opposte opinioni sulla guaribilità della sifilide, la verità è in un eclettismo che concilia i fatti contrari. Si può dire che la guarigione è la regola nei malati ben trattati e sorvegliati. Ma purtroppo vi sono eccezioni per le quali è imprudente assicurare la completa scomparsa del male.

Nessuno dei criteri proposti può dare una certezza assoluta. Si sa che si possono avere recidive, ad esempio una gomma ossea, malgrado la Wassermann negativa e la mancanza di manifestazioni luetiche per lungo tempo. Nè una reinfezione prova che la sifilide primitiva è completamente guarita; in effetti gli eredosifilitici non del tutto guariti possono contrarre un'ulcera e nei sifilitici acquisiti vi sono tutte le transizioni tra la reinfezione e la superinfezione.

In effetti non si possiede ancora un trattamento potente che assicuri la sterilizzazione completa dell'infezione e per conseguenza la guarigione assoluta.

I partigiani del mercurio furono sempre modesti, non così quelli dell'arsenico che pieni d'entusiasmo adottarono la formola di Ehrlich: *terapia sterilisans magna*. Una sola iniezione di 606 doveva guarire la sifilide. Ma malgrado la precauzione di successive iniezioni le recidive gravi, sopratutto le neurorecidive, hanno smentite le speranze e smorzati gli entusiasmi.

Si è così dovuto ricorrere alla cura plurimedicamentosa, alternando per mesi, un anno in media, l'arsenico, il bismuto e il mercurio.

Ma malgrado la potenza di queste cure intensive plurimedicamentose non si può avere la certezza assoluta della sterilizzazione. La maggior parte dei malati così curati guariscono del tutto, ma in considerazione delle possibili eccezioni, occorre un *trattamento di consolidazione* della durata di 2-4 anni. E poichè anche malgrado ciò si sono avute ancora delle eccezioni, è consigliabile il *trattamento di assicurazione* progressivamente attenuato per il corso di 15-20 anni.

Il trattamento deve essere intensivo qualunque sia la portata dei fatti iniziali. La benignità della sifilide nelle sue manifestazioni iniziali, ulcera e lesioni secondarie, non dà alcuna garanzia per l'avvenire. Si è sostenuto anche il contrario. I sostenitori della dualità del virus sifilitico, neurotropo e dermotropo, credono che il primo provoca a distanza di tempo la tabe e la paralisi progressiva dando lesioni cutanee discrete, per modo che la tenuità delle manifestazioni a carico della pelle deve far pensare ad un'infezione neurotropa e quindi ad una sifilide grave.

Purtroppo non si hanno criteri assoluti per aver la sicurezza della guarigione della sifilide e quindi per cessare con fiducia il trattamento curativo.

L'assenza di fatti clinici per parecchi anni, la Wassermann negativa per lungo tempo, la Wassermann negativa anche dopo la riattivazione di Milian, la normalità del liquido cefalo-rachidiano, non costituiscono elementi di sicurezza. Malgrado tali fatti si vedono comparire inopinatamente lesioni viscerali, oculari, vasali e sopratutto la tabe e la paralisi progressiva.

Nè l'assenza di contagio del coniuge e dell'eredo-lue dei figli dà la sicurezza della guarigione. Si son visti individui presentare tardivamente una sifilide viscerale, il più spesso un'aortite, malgrado la moglie ed i figli siano rimasti indenni. Si sono viste anche famiglie nelle quali i primi figli sembrarono indenni, mentre l'eredolue compariva alla terza o quarta gravidanza. Vi sono esempi di oscillazioni paradossali del virus senza interventi terapeutici nelle famiglie nelle quali la sifilide era ignorata, e quindi non curata, oscillazioni che si estrinsecavano con alternative di prole eredosifilitica e sana.

La reinfezione sarebbe teoricamente decisiva, ma in pratica non ha che un valore relativo. Parecchi autori hanno riferito casi di sifilitici con manifestazioni costituzionali in atto, i quali hanno ripresentato l'ulcera caratteristica con spirochete e lesioni secondarie cutanee.

L'associazione di parecchi criteri e la prova del tempo non dà maggiore sicurezza. Non esiste nessun criterio di guarigione, non bisogna domandare alle prove biologiche attuali più di quel che posson dare, bisogna disilludere coloro che hanno una fiducia assoluta nella loro guarigione.

Certo la sifilide ben curata specie al principio per uno o due anni guarisce nella grande maggioranza dei casi. Ma non avendo criteri assoluti per accertare la guarigione e tenuto conto delle eccezioni non numerose ma sicure, non bisogna abbandonare la sorveglianza e la cura. Bisogna invece sorvegliare tutti i malati e far continuare il trattamento di consolidazione e di assicurazione. Con queste precauzioni la sifilide si spegne sicuramente, e si può affrontare senza preoccupazione il matrimonio e la procreazione.

DR.

Sifilide e gravidanza.

(BROWNE. *British Medical Journal*, 13 agosto 1927).

La sifilide è molto frequente nelle donne gestanti ricoverate nelle cliniche ostetriche e nelle sale di maternità.

La diagnosi può essere fatta in base all'esame della donna ed a quello dei prodotti del concepimento.

Nel 70 % di sifilitiche primipare la diagnosi può essere fatta in base all'anamnesi, nel 30 % in quelle multipare.

Gli aborti ripetuti, i parti di neonati morti, senza evidenti ragioni, devono far sospettare la lue.

All'esame si possono trovare ingorghi glandolari, cicatrici di gomme, leucoderma, ecc.

La reazione di Wassermann positiva deve far ritenere sicura la sifilide. L'affermazione che tale reperto si trova anche in donne gravide non luetiche non ha valore. Viceversa la reazione negativa non deve fare escludere senz'altro la sifilide Si registrano casi di donne con Wassermann, i cui feti avevano gli organi carichi di spirochete.

L'esame del prodotto della concezione, placenta, cordone ombelicale, feto, ha forse maggior valore probativo.

Sono ben noti i classici caratteri della placenta sifilitica, che è pallida, untuosa, voluminosa. È anche certo che la placenta assume tale aspetto quando il feto è macerato, quando invece il feto è vitale, essa sia all'esame macroscopico che a quello microscopico appare perfettamente normale, anche quando si tratti di donna sicuramente sifilitica. E ciò perchè la morte intrauterina del feto nella sifilide è dovuta direttamente all'occlusione dei capillari fetali nei villi, la quale è provocata dall'infiammazione subacuta e dalla conseguente sclerosi dei villi. Se questa sclerosi è intensa il feto muore e si macera; se invece è poco marcata il feto rimane vitale e la placenta non presenta apprezzabili alterazioni.

La placenta normale a termine pesa meno di un quarto del neonato e quando raggiunge o sorpassa questo peso è certamente sifilitica. Il viceversa non è vero: una placenta che pesi meno di un quarto del peso del neonato non esclude la sifilide.

All'esame microscopico la placenta sifilitica presenta ipertrofia connettivale dei villi vascolari con corrispondente riduzione degli spazi intervillosi.

Il cordone ombelicale, sopratutto verso l'estremo fetale, presenta infiltrazione cellulare intorno e dentro la parete della vena ombelicale. Gli spirocheti si trovano nell'intima. Però anche in caso di sifilide il cordone può essere del tutto normale.

Un buon terzo di feti macerati sono sifilitici. Nei feti macerati bisogna esaminare il fegato, la milza, le epifisi ossee, e procedere alla ricerca degli spirocheti.

Il fegato fetale normale pesa un ventesimo del feto, se pesa un dodicesimo o anche più è quasi certamente sifilitico. Tener presente che può pesare anche meno del normale ed essere sifilitico.

La milza fetale normale pesa 1/150 del corpo, se pesa di più è certamente sifilitica. Anche se pesa di meno può essere sifilitica, ma quest'eccezione è più rara di quella che si ha per la placenta ed il fegato.

Le epifisi ossee dei feti sifilitici presentano le ben note condro-epifisiti.

Gli spirocheti devono essere ricercati nel fegato, nella milza, nelle glandole surrenali, nei reni. È ovvio che la loro presenza in uno di detti organi è prova sicura di sifilide.

Oltre a ciò l'esame microscopico del fegato, dei pulmoni, della tiroide, del pancreas rivela lesioni infiammatorie subacute e cicatriziali.

Il trattamento per essere efficace deve essere iniziato quanto più presto è possibile al principio della gravidanza o meglio ancora, quando si stabiliscono le condizioni di possibile gravidanza.

Ogni donna sifilitica deve essere curata con preparati arsenicali ad ogni gravidanza, anche se è stata curata precedentemente e sembra guarita.

Il trattamento deve essere continuato per tutto il puerperio.

Non si deve somministrare nello stesso periodo il mercurio, l'arsenico ed il bismuto per evitare possibili lesioni renali: essi devono essere somministrati alternativamente quando non c'è albuminuria. Se questa compare occorre sospendere ogni cura specifica e somministrare esclusivamente l'ioduro di potassio. Talvolta l'albuminuria è data esclusivamente dalla sifilide, il che è

difficile accertare, ed in tal caso si può tentare il trattamento arsenicale.

I migliori risultati si ottengono dalle iniezioni endovenose di novarsenobenzolo, cominciando con piccole dosi, gr. 0.30-0.45, ed aumentando gradatamente fino a 0.60-0.70. Le iniezioni, in numero di 6-8, devono essere praticate una alla settimana. Dopo un mese d'intervallo, e sempre che non ci sia albuminuria, si faranno ogni settimana iniezioni endomuscolari di olio grigio (pari a 6 cgr. di Hg.) ed alternativamente due volte la settimana iniezioni pure endomuscolari di bismuto, preferibilmente un preparato insolubile, come il biereol. In ogni caso badare allo stato delle gengive.

Questo trattamento alternato deve essere continuato fino alla fine della gravidanza ed anche dopo il parto fino ad un anno dopo che le prove biologiche hanno dato risultato negativo.

Non c'è alcuna prova della guarigione della sifilide e perciò è prudente ripetere la cura ad ogni gravidanza, qualunque sia lo stato della donna e l'intensità delle cure precedenti.

DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

DROUET G. *Le traitement de la syphilis par le bismuth.* A. Maloine et fils, éditeurs, Paris.

Monografia di 70 pagine circa schematizzante, con l'ausilio della personale documentazione clinica, l'uso del bismuto nella terapia della sifilide nelle varie sue manifestazioni.

L'analisi del Drouet è portata su una ventina di preparati commerciali di bismuto, di ciascuno dei quali è detto brevemente quanto può riuscire utile al medico pratico che dal bismuto aspetti azione felice per complemento di terapia arseno-idrargirica, o quanto inutilmente chiese al salvarsan od al mercurio.

MONTELEONE.

M. CARLE. *Thérapeutique des maladies vénériennes.* G. Doin, éditeur. Paris, 1925.

Questo libro del Carle, frutto di lunghi anni di pratica, è fatto, come l'A. stesso dichiara, ad uso sopratutto degli studenti e dei medici pratici.

Nelle 450 e più pagine i varii argomenti sono esposti in modo facile, chiaro e preciso: formole e ricette in numero non soverchio e, fra esse, le più utili. Giusto rilievo va dato, oltre che alla trattazione della cura, anche all'importante argomento della profilassi, specialmente della sifilide, cui è dedicato un lungo capitolo.

Il nuovo libro, nel quale non manca anche la esposizione di tutte le più moderne applicazioni terapeutiche, sarà letto con immancabile vantaggio del pubblico medico.

M. AGOSTINI.

ABDERHALDEN E. *Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden.* Abt. VIII, Teil. 2, Heft. 3. Berlin, Urban e Schwarzenberg, 1926. Mk. 16.20.

Collier di Buenos Ayres ha provveduto alla compilazione di questo fascicolo di circa 300 pagine, dedicandolo interamente ai metodi di studio delle spirochete. Dalla esposizione della tecnica per l'osservazione delle spirochete in campo oscuro, l'A. passa a trattare dei vari metodi di colorazione e quindi ai vari mezzi di cultura sperimentati per le diverse spirochete. Da ultimo espone la tecnica e i risultati delle inoculazioni negli animali.

TRENTI.

SCIARRA prof. O. *La sifilide.* Diagnosi e Terapia. Vol. in-8°, pag. 133. Giannini e F., Napoli, 1927. L. 15.

È una originale e interessante monografia. Lo Sciarra, autore della sierodiagnosi della sifilide con alcool e senza antigeno, tratta da un punto di vista nuovo il grave problema della diagnosi e della terapia.

Nella parte generale l'A. dopo avere esposta ed ampiamente discussa una sua interpretazione delle reazioni Wassermann, Sachs-Georgi e Meinicke, nel senso che quando esse sono « positive in assenza di sintomi clinici possono essere indici di immunità attiva antilipoidea con sifilide latente o estinta », esamina il valore delle più note reazioni consigliando per ogni siero in esame: 1) Wassermann; 2) Metodo Sciarra all'alcool; 3) Metodo unificato totale Sciarra-Wassermann (controllo di 1° e 2°).

Gli antiluetici, valutati in base all'efficacia sui sintomi clinici, vengono distinti in: *sintomatici più che causali* (mercurio), *causali più che sintomatici*, (arsenobenzoli), *causali puri* (bismuto).

Circa la guarigione della lue, l'A. pur ammettendone la eventualità, ritiene che praticamente non si hanno mezzi diagnostici per riconoscerla, all'infuori della reinfezione vera e propria. Le reazioni non servono a tale scopo potendo mantenersi sempre negative nei lunghi periodi di latenza, i quali spesso improvvisamente dopo anni culminano in lesioni terziarie imponenti.

Nella parte speciale, contenuta in limiti necessariamente brevi, l'A., dando uno sguardo quanto più completo e rapido possibile alle forme rare e strane di lue viscerale disseminate nella ricca bibliografia mondiale recente specialmente dopo l'uso del bismuto, ha raccolto tutto ciò che può

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

efficacemente confermare le sue teorie espresse nella parte generale.

Tutta la pregevole monografia, in stile chiaro e preciso, mostra con evidenza la vera genesi delle sieroreazioni Sciarra, che sono nel medesimo tempo la conseguenza diretta e la conferma migliore dei concetti esposti nella parte generale.

A. POZZI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

XII Congresso Pediatrico Italiano.

(Napoli, 28 settembre-1° ottobre 1927).

Il XII Congresso Pediatrico italiano, svoltosi a Napoli dal 28 settembre al 1° ottobre, ha chiaramente dimostrato il grande interesse che anche nelle giovani generazioni mediche suscita lo studio dei numerosi problemi di fisio-patologia infantile. Ed il prof. JEMMA, presidente del Comitato ordinatore, può essere soddisfatto sia pel numero degli intervenuti (oltre 200) e sia per la grande messe di comunicazioni (oltre 200), talune delle quali veramente importanti Questo numero forse eccessivo di comunicazioni (non vi ha dubbio che parecchie potevano essere eliminate senza alcun danno per la riuscita del congresso) ha costretto il Comitato ordinatore a mettere in opera una innovazione dei Congressi Pediatrici, vale a dire a dividere in tre sezioni speciali i lavori del Congresso onde poter dare agio ai vari oratori di svolgere le comunicazioni; fatto per altro questo della suddivisione in varie parti di argomenti tutti riguardanti la stessa disciplina praticata dagli stessi congressisti che presenta indubbiamente inconvenienti pratici non trascurabili.

Le sedute più importanti del Congresso — al quale erano presenti i 3/4 dei professori titolari di pediatria, oltre alcuni pediatri stranieri, tra cui il Péhu di Lione — sono state quelle a sezioni riunite in cui si è discusso sulle due relazioni ufficiali, sull'assistenza all'infanzia e sui raggi ultra-violetti.

La prima relazione *sulle nefropatie nell'infanzia*, svolta dai professori CANELLI e MAGGIORI, rappresenta una completa ed aggiornata monografia su questo importante argomento, nella quale il CANELLI tratta con particolare esattezza e chiarezza le questioni riferentisi alla etiologia, patogenesi e classificazione delle nefropatie, facendo dei parallelismi clinico-anatomici, ed il MAGGIORE illustra con la sua competenza la parte sintomatologica, diagnostica, prognostica e terapeutica. Certo il tema assegnato, eccessivamente vasto, non ha consentito — come sarebbe stato desiderio dei singoli relatori — di approfondire ed illustrare con ricerche personali alcuni lati di questo importante argomento; ma la discussione che ne è seguita è stata assai istruttiva, anche per riguardo alle comunicazioni fatte da taluni congressisti, tra le quali merita speciale menzione quella del prof. FRONTALI relativa all'importanza diagnostica — anche per riguardo alle diverse varietà cliniche — e prognostica dell'esame capillaroscopico della cute nelle nefropatie.

Nell'altra relazione *sulla sifilide congenita* il prof. MENSI, fondandosi sull'osservazione clinica personale di 208 casi accertati sopra 9000 soggetti esaminati, tratta in modo particolare dei criteri a cui si può ricorrere per scoprire l'infezione riducendoli essenzialmente ai seguenti: la famiglia sifilitica, il terreno sifilitico, la diagnosi etiologica e la prova terapeutica. L'O. dopo avere illustrato le modalità e l'importanza di tali elementi, e messo in evidenza come la sifilide congenita sia una delle più gravi malattie sociali, perchè si svolge in esseri in via di formazione e di sviluppo, richiama l'attenzione sulla necessità dell'intervento statale nella lotta antisifilitica che deve essere essenzialmente preventiva.

La relazione sulla sifilide congenita e le relative comunicazioni dettero luogo ad un'interessante discussione, a cui presero parte anche cultori di eugenica e terminò con un ordine del giorno presentato dal prof. CAPASSO sollecitante l'azione dello Stato contro questa grave infezione.

Varie furono le comunicazioni fatte dai congressisti sulla questione sociale dell'assistenza all'infanzia; ma la più interessante fu la relazione fatta dal prof. VALAGUSSA circa l'attività dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'infanzia. In questa seduta del Congresso, a cui presero parte varie signore e pubblico non medico, l'oratore ha illustrato dettagliatamente gli articoli della legge, ha reso conto dell'assistenza effettivamente svolta a carico dei bambini in tutta Italia, ed ha accennato al programma di azione futuro in specie dal punto di vista della propaganda e dei corsi d'istruzione ai medici ed alle assistenti sanitarie, invocando la collaborazione attiva di tutti i pediatri.

La relazione dette luogo ad una grande dimostrazione in onore del Duce, che volle questa legge a favore dell'infanzia ed all'invio di un telegramma di devozione e di plauso a colui che aveva saputo finalmente tradurre in pratica a favore delle giovani generazioni le aspirazioni ed i voti dei grandi Maestri della Pediatria Italiana: Fede, Concetti e Mya.

La seduta del Congresso riguardante le comunicazioni sui raggi U. V. richiamò in modo speciale l'attenzione degli intervenuti; in quanto questa recentissima forma di terapia interessa in modo particolare, oltre i dermatologi, anche e sopratutto i pediatri. Sopra dieci comunicazioni svolte sopra questo argomento, sei erano della Scuola pediatrica di Pavia diretta dal prof. Spolverini, il quale ha illustrato ai colleghi i risultati delle ricerche eseguite durante un triennio insieme ai suoi assistenti sull'azione eutrofica degli alimenti irradiati, sull'influenza delle irradiazioni sul ricambio, sugli effetti delle inalazioni di aria irradiata nella cura del rachitismo, sulla secrezio-

ne lattea, sulla crasi sanguigna, sulla glicemia e sulla dissensibilizzazione. L'O., dopo aver messo in rilievo che i risultati ottenuti con le semplici inalazioni di aria irradiata sono identici a quelli che si ottengono con le abituali irradiazioni, ha fatto notare che questo metodo di cura semplice ed economico permette una logica spiegazione dell'azione generale e profonda dei raggi U. V. sull'organismo animale ed umano, ed ha prospettato la possibilità e l'utilità di una simile terapia in alcune affezioni infantili assai comuni (rachitismo, spasmofilia, linfatismo, anemie semplici).

Il prof. SIMONINI espose le ricerche sul potere riduttore delle cellule neoplastiche normali ed irradiate nell'infanzia, ed il prof. PINCHERLE illustrò l'azione degli olî puri ed irradiati sulla evoluzione delle larve di bufo vulgaris.

La discussione che ne seguì ha posto in rilievo il notevole interesse suscitato nell'assemblea dalle comunicazioni fatte dai vari ricercatori.

È stato deciso che il futuro Congresso pediatrico si tenga a Perugia nel 1929: auguriamoci che la prossima volta i temi ufficiali prescelti siano più limitati e meno vasti, affinchè le relazioni e la discussione riescano più proficue.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 12 maggio 1927.

Presidenza del prof. A. BALDONI, consigliere.

Sulla preparazione di alcune idrazine primarie bisostituite.

Prof. CIUSA. — Trattasi di un nuovo metodo di preparazione di idrazine bisostituite e che permetta di ottenere le a-alchil-p-nitrofenilidrazine che non potrebbero esser preparate con gli altri metodi sinora usati. L'O. tratta le varie reazioni chimiche che hanno servito alla composizione di queste sostanze, le loro proprietà, ed accenna infine ai metodi di preparazione.

Influenza di alcuni sali sulla viscosità dell'umor vitreo.

Dott. MARINOSCI. — L'O. ha sperimentato numerosi composti. Risulta, ad es., che gli alogenati del Na e del Ca e del K, diminuiscono la viscosità; l'idrato sodico prima l'aumenta poi la diminuisce. La soluzione fisiologica, i fosfati, carbonati, solfati di sodio l'alterano. L'O. ha dealbuminizzato il vitreo ottenendo gli stessi risulitati.

Prof. RIVERA. — *Differente comportamento di « Vicia faba » colpita da radium e da raggi X.*

Influenza dell'allacciatura delle carotidi e del salasso sopra l'ictus anafilattico.

Dott. CIONINI. — L'O. riferisce ricerche sperimentali condotte su carie sensibilizzate con albumina d'uovo ed alle quali prima dell'iniezione scatenate o venivano allacciate le due carotidi o veniva sottratta una forte massa di sangue o venivano eseguiti insieme i due trattamenti. Risultati ottenuti: nè il salasso nè l'allacciatura delle carotidi, nè l'uno e l'altra assieme, riescono ad evitare od attenuare od in alcuna guisa a modificare le manifestazioni dell'ictus anafilattico.

L'azione ipertensiva della miscela atropo-adrenalinica.

Dott. RONZINI. — L'O. premette alcune nozioni su le azioni farmacodinamiche dell'adrenalina, la quale, se alle dosi comunemente usate ha un'azione ipertensiva (eccitazione del simpatico), alle dosi minime di 1/40 di mgr. in più ha un'azione ipotensiva (eccitazione del vago). Questa duplice influenza viene designata col nome di anfotropismo adrenalinico.

Sulla scorta di queste nozioni, nel corso di alcune sue ricerche sulle iniezioni intracardiache, l'O. ha voluto rendere più efficace l'azione rivivificante dell'adrenalina aggiungendo a quest'ultima piccole dosi di atropina. L'O. dimostra e documenta con registrazioni grafiche della pressione nel cane che l'azione ipertensiva della miscela atropo-adrenalinica è di gran lunga superiore a quella della semplice adrenalina e che tali risultati si ottengono con dosi di adrenalina assai inferiori a quelle comunemente usate.

Melanine, pirrolo e ossitirosina. Ricerche spettrofotometriche.

Prof. GALLERANI. — L'O., dopo aver riassunto le risultanze ottenute da lui ed allievi in precedenti ricerche spettrofotometriche sulla genesi delle melanine vere (non delle pseudo), viene alla conclusione che i detti pigmenti derivano da ossidazione e condensazione dei nuclei pirrolico e benzolico, preesistenti nella molecola proteica e disintegrantesi.

C. ROSSI, *segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO

SEMEIOTICA.

Le poussées temporanee della reazione di Bordet-Wassermann nella sifilide tardiva.

Molte sono le particolarità della reazione di Bordet-Wassermann non ancora ben note e studiate: tra queste di speciale interesse sia clinico che biologico si presenta il fenomeno delle poussées temporanee di positività. Queste, che sono di numero e di durata variabile, si osservano talvolta in vecchi sifilitici, in cui la reazione, divenuta negativa dopo il periodo secondario, si è mantenuta tale per un tempo maggiore o minore. Il fatto è stato già segnalato da parecchio tempo; Sézary, Pernet e Gallerand (*Presse méd.*, 2 luglio 1927) ne fanno oggetto di uno studio particolare.

Queste poussées di positività vanno nettamente distinte dalle oscillazioni della reazione che si possono avere nel periodo secondario; e non hanno nulla a che fare colle riattivazioni provocate da piccole dosi di medicamenti o altro. Esse sono state riscontrate relativamente con grande frequenza: su mille malati, in cui la sieroreazione si eseguiva 3-6 volte l'anno, ne sono stati scoperti 41 casi. Il loro numero, in malati esaminati metodicamente per 2-6 anni, è stato in genere di 1 o 2, più di rado 3 o 4; varia è stata la loro durata (da un mese ad un massimo di 3 anni).

Queste poussées positive si producono sia spontaneamente (26 casi) sia in seguito ad un trattamento completo di arsenico o di bismuto (15 casi); quindi la cura, se ne può favorire l'insorgenza, non deve certo costituire un fattore necessario per il loro verificarsi. In buona parte sono state osservate in sifilitici con una lesione viscerale in evoluzione; e per lo più in malati in cui la cura era stata nulla od insufficiente.

Gli AA. pensano che la loro esistenza indichi un processo sifilitico incompletamente spento, e che evolva, sia in modo manifesto che silenziosamente, in un organo qualunque.

In molti casi, dopo un trattamento energico, non si riproducono più; mentre la loro resistenza comporterebbe un prognostico grave.

La conclusione è che in pratica il valore di una reazione di Bordet-Wassermann negativa diventa sempre più scarso. Questi casi di poussées temporanee di positività, che sarebbero certamente più frequenti qualora i malati venissero esaminati più spesso dal punto di vista sierologico, ci indicano che l'infezione sifilitica è ancora in evoluzione, e richiedono un trattamento specifico quanto più è possibile intenso. M. SABATUCCI.

Confronto tra i risultati ottenuti con le reazioni di Hecht, Wassermann e Vernes.

Techoneyres e Pillement (*Près. Méd.* n. 41, 21 mag. 1927) pubblicano in un lavoro di grande interesse per i sierologi, i risultati ottenuti con queste tre reazioni praticate sistematicamente su 1.937 sieri nel corso dell'anno 1926. Su 832 sieri (che essi esaminano più minutamente poichè solo su questi praticarono *tutte e tre* le reazioni) in 799 casi i risultati furono concordi. In 33 sieri invece i risultati furono meno concordanti, e su questi gli AA. fanno le seguenti interessanti considerazioni: in tutti i casi di sifilide in atto, antica o ereditaria clinicamente constatata, si nota che la reazione di Vernes dà un lieve grado di flocculazione del siero, mentre la R. W. è negativa nettamente. D'altra parte la reazione di Hecht si avvicina di più alla reazione di Vernes mostrandosi più sensibile della R. W. Un caso di un parto prematuro al 7º mese per albuminuria dette R. W. e di Hecht positive, mentre la R. Vernes fu negativa, idem un altro caso in cui clinicamente si poteva escludere la sifilide.

L. TONELLI.

CASISTICA.

Le alterazioni dei denti prodotte dalla sifilide congenita.

Stigmate dentarie della prima dentizione. Carie distruggitrice; carie con forma a mezzaluna o forma piatta; tendenza alla purulenza dell'alveolo; infantilismo dentario (microodontismo); solchi orizzontali; denti di Hutchinson; ipoplasia (erosione) a nappo (detta anche a favo di miele) dei molari.

Stigmate dentarie della seconda dentizione. Infantilismo dentario (microdontismo); amorfismo dentario, anomalie di numero; atrofia cuspidale del primo molare (dei canini e dei premolari); solchi trasversali; anomalie di direzione, articolare difettoso dei denti; denti di Hutchinson.

Dalle ricerche di R. Milanesio (*La Pediatria del medico pratico*, marzo 1927) risulta che nella dentatura di latte del bambino sifilitico (di nascita) la carie a mezzaluna descritta da Neumann è rara, mentre sono invece frequenti le ipoplasie. Ma, poichè tali ipoplasie sono state osservate anche in casi di altre malattie organiche in bambini sicuramente non sifilitici, per una giusta valutazione di tale fenomeno, sarebbe anzitutto necessario stabilire in quali relazioni si trovano le ipoplasie della dentatura di latte con l'organismo dei bambini sani, rachitici od affetti da altre malattie organiche non sifilitiche.

Nella dentatura permanente, le irregolarità si presentano troppo raramente per essere considerate come conseguenza èdlla sifilide congenita e come patognomoniche per questa malattia.

Di grande importanza è il solo dente di Hutchinson, che compare nei soli incisivi mediani superiori. Tale deformazione si manifesta con un'alterazione di tutta la corona e non solo dell'orlo tagliente. Il fatto più caratteristico e più patognomonico risiede nell'alterazione di tutta la forma del dente. Essa consiste in questo: il dente, il quale normalmente si assottiglia verso il collo, assume una forma clavata, assottigliata verso l'orlo tagliente; gli angoli formati dai margini verticali e la superficie di taglio sono arrotondati.

La curvatura a mezzaluna a cui alcuni autori attribuiscono grande importanza, ne ha invece una piuttosto scarsa, in quanto che essa può essere data anche dalla così detta carie a mezzaluna, che incomincia dalla superficie di taglio e che colpisce specialmente i denti incisivi.

Se i denti stretti e con diastasi siano da considerarsi come denti di Hutchinson non è ancora accertato. *fil.*

Tetania e paratiroidite sifilitica.

Langeron, Dechaume, Delore e Jeannin (*La Presse Méd.*, Parigi 1927, XXXV, 81) narrano il caso di un uomo di 47 a. bevitore, il quale negava lues. Durante la guerra respirò gas due volte, era da lungo bronchitico. Sposato a 25 anni, un figlio gli morì a 15 giorni, la moglie e un'altra figlia viventi e sane. Cinque anni fa cominciò a notare: tosse e dimagrimento, anoressia, stanchezza notevole e del malessere con carattere costrittivo negli arti inferiori. Ebbe un po' di diarrea con vomito. Entrò allora all'ospedale: espettorato abbondante senza bacilli di Koch. Polso non teso. I riflessi erano un po' vivaci, ma nessun disturbo della sensibilità nè sintomi oculari. Modica albuminuria. R. Wassermann nel liquor negativa (nel sangue non fu praticata). Due settimane dopo l'ingresso accusò crampi ad ambo le mani come aveva già avuto otto giorni prima dell'ammissione in corsia. Alla sera ebbe un attacco di tetania generalizzato. L'esame del sangue dette G. B. 42.000 — G. R. 4.061.000 — Hb, 80 per cento. Fu iniziata una serie endovenosa di Ca Cl_2 che abolì temporaneamente la tetania. Cessando la diarrea, migliorando gli altri fatti fu dimesso. Ma tre mesi dopo rientrò, e in capo a due settimane morì in preda a un grave attacco di tetania.

L'autopsia dimostrò, gomme luetiche nei polmoni circondate da una sclerosi luetica, un lieve tumore splenico, reni normali, e stomaco indenne. La tiroide era lievemente iperplastica sia nello stroma che nell'epitelio, e con qualche adenoma alcuni dei quali calcificati. Il cervello presentava piccole emorragie perivascolari specie nel lenticolare. La paratiroide di sinistra era ingrandita, densa, dura, e presentava una netta sclerosi perivascolare. L. TONELLI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Il ciclo evolutivo del «Treponema pallidum».

La ricerca del Treponema pallidum nei gangli satelliti del sifiloma primario nell'uomo ha dato risultati positivi con una frequenza che varia dal 40 al 96 % secondo gli autori.

Non così avviene nei gangli linfatici inguinali o poplitei di conigli portatori di sifilomi scrotali sperimentali: in questo caso sorprende il contrasto tra la virulenza quasi costante dei gangli, e l'assenza di treponemi.

C. Levaditi, R. Schoen e V. Sanchis-Bayarri (*Bull. de l'Acad. de méd.*, n. 30, seduta del 26 luglio 1927) hanno, a tale proposito, esaminato 33 gangli poplitei di conigli portatori di sifilomi scrotali: e mai hanno potuto svelare in essi la presenza del Treponema pallidum, quantunque la ricerca fosse eseguita su numerose sezioni e su moltissimi strisci, e con i metodi più vari. Ciò non ostante, la maggior parte dei gangli conteneva il virus sifilitico, come dimostra la positività delle inoculazioni con essi eseguite.

Allora gli AA. hanno esteso le loro ricerche allo studio microscopico di innesti eseguiti con gangli linfatici virulenti, in cui l'esame diretto dimostrava assenza di treponemi: ed hanno visto in un primo tempo rimanere costante l'assenza di treponemi, mentre il pezzo innestato manteneva la struttura linfoide, modificata però dalla comparsa di cellule giganti e di elementi granulo-adiposi con un pigmento argentofilo; mentre, verso il 45° giorno in media, hanno osservato la comparsa brusca di un grande numero di treponemi: contemporaneamente il nodulo riveste l'aspetto di un sifiloma, ricco di fibroblasti e di cellule giganti.

Gli AA. osservano che, se anche il ganglio innestato sia solo apparentemente privo di treponemi, è strano come non si riesca a seguire una pullulazione progressiva e sempre più marcata di treponemi; e restano colpiti dalla comparsa così brusca ed estremamente abbondante di questi elementi in un tessuto che poco tempo prima non ne conteneva affatto. Essi emettono l'ipotesi che il treponema pallidum non sia che una forma, la forma vegetativa, del ciclo evolutivo del virus sifilitico: ciclo che comporterebbe un'altra forma, invisibile o quasi, quale quella presente nei gangli linfatici da essi studiati. Questa forma non attraverserebbe le candele porose e le membrane di collodio; e si dovrebbe considerare come una

forma di resistenza. Gli AA. difatti l'avrebbero vista comparire in sifilomi sperimentali trattati con As o con Bi, sotto forma di granulazioni argentofile contenute in fibroblasti, e vicino ad altri fibroblasti contenenti spirochete in vari stadi di involuzione.

Gli AA. stessi si propongono di controllare le loro interessanti ricerche, e di verificare la nuova ipotesi su nuove basi, cliniche e sperimentali.

M. SABATUCCI.

VARIA.

Le cause della sterilità maschile.

I matrimoni infecondi sono tutt'altro che rari. La causa va generalmente attribuita alla donna, che nel desiderio del matrimonio si sottopone ad ogni genere di cure, che il più delle volte riescono inefficaci. Gli è che più frequentemente di quel che si crede, la causa della sterilità risiede nell'uomo.

La sterilità maschile non provoca quello stato di depressione e di avvilimento, nè è considerata elemento di minorazione, caratteristico dell'*impotentia cöeundi*. Anzi gli uomini che sono capaci di assolvere regolarmente l'atto sessuale e di non fecondare, sono talvolta considerati individui privilegiati. Essi possono sentire e far sentire tutte le gioie dell'amore senza avere e dare le preoccupazioni della figliolanza.

Come è noto, la *impotentia cöeundi* può essere strumentale e funzionale.

La prima è in rapporto a lesioni o anormalità che non permettono il coito (assenza totale del pene congenita o acquisita, l'atrofia, la bifidità, l'assenza dei corpi cavernosi, le torsioni, l'elefantiasi del pene, l'epispadia peniena o penopubica, l'ipospadia peniena o penoscrotale, i tumori, l'ossificazione del pene, la sclerosi dei corpi cavernosi, nonchè malattie degli organi vicini come i tumori e l'elefantiasi dello scroto, le ernie scrotali voluminose).

L'*impotentia cöeundi* funzionale è in rapporto a debolezza congenita o acquisita dei centri erotici, a inversioni o perversioni sessuali, a influenze psichiche diverse (emozioni, suggestione, ecc.). Vanno anche ricordate alcune affezioni generali e intossicazioni croniche, come il diabete, la gotta, l'obesità, la sifilide, il saturnismo, il morfinismo, l'alcoolismo, il cocainismo, l'avvelenamento ossicarbonico e da solfuro di carbonio, ecc., l'esaurimento da eccessi sessuali, e da eccesso di lavoro fisico ed intellettuale, ecc.

La sterilità o agenesia maschile, ossia la incapacità di fecondare pur compiendo regolarmente l'amplesso, ha cause diverse che possono essere congenite e acquisite: assenza, atrofie, malattie dei testicoli; assenza, malformazioni o lesioni dei dotti eiaculatori, anomalie della secrezione spermatica.

Il criptorachidismo è causa frequente di sterilità. Quando i testicoli tardano a discendere fino all'età adulta, possono subire un'atrofia, per cui la loro secrezione esterna rimane alterata o mancante. La *potentia cöeundi* in tali casi può non subire modificazioni in rapporto all'integrità dei centri nervosi e della secrezione interna dei testicoli.

La sterilità acquisita è determinata da tutte le affezioni, infettive, neoplastiche, traumatiche dei testicoli. È ovvio che per aversi l'infecondità occorre l'alterazione di ambo gli organi maschili; quando uno di essi rimane normalmente funzionante la capacità *generandi* non è inficiata.

Le orchiti traumatica, gonococcica, tifosa, parotitica, micosica, tubercolare, sifilitica, le affezioni neoplastiche dei testicoli, per essere causa di sterilità devono essere bilaterali.

Tra le cause di sterilità da malattie delle vie di eiaculazione occorre ricordare le uretriti blenorragiche croniche, le vescicoliti, le funicoliti, le stenosi infiammatorie dei canali eiaculatori e dell'uretra, le prostatiti.

Il meccanismo di produzione della sterilità in tutte queste affezioni è vario. Il processo infiammatorio può alterare la composizione dello sperma fino a ridurre la vitalità e la capacità fecondante degli spermatozoi. Nelle prostatiti sembra che la sterilità sia dovuta al mancato apporto del secreto prostatico, che normalmente avrebbe la capacità di rinforzare o addirittura eccitare la capacità fecondante degli zoospermi. D'altra parte le retrazioni e stenosi cicatriziali delle varie vie attraverso le quali passa lo sperma possono rendere dolorosa l'eiaculazione, e lo sperma urtando contro l'ostacolo può rifluire in vescica o perdere molto della sua forza espulsiva per modo che il getto non giunge nelle parti nelle quali trovasi l'uovo da fecondare.

L'azoospermia, ossia la mancanza di zoospermi nel liquido spermatico, può essere un fatto dipendente da tutte le affezioni testicolari su accennate, ma può essere anche un'anomalia congenita verificantesi anche nel perfetto stato anatomico apparente di tutto l'apparato sessuale e con la sua completa integrità funzionale, per quel che riguarda la capacità al coito. Giova ricordare che gli zoospermi compaiono nello sperma con la pubertà e scompaiono con la vecchiaia, senza però che si possa precisare il momento nel quale si verifica la comparsa e la scomparsa. L'azoospermia può verificarsi anche di tanto in tanto, essere cioè intermittente, senza che fatti locali o generali evidenti diano ragione del fenomeno.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXXV. — Concorso: illegittimità del giudizio della Commissione.

È illegittima la graduatoria di un concorso al posto di medico condotto, se la Commissione abbia tenuto conto soltanto della anzianità di laurea, trascurando altri titoli, cioè quelli di studio e professionali o che possano valere ad assicurare ai concorrenti una precedenza.

Applicando questo criterio ovvio e conforme a precedenti risoluzioni, la V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 18 marzo 1927 n. 117, ha osservato che il titolo « dell'anzianità di laurea, di pratica professionale e di condotta medica non poteva essere l'unico, a meno che la Commissione giudicatrice, per motivi che avrebbe dovuto espressamente accennare, non fosse stata indotta a ritenere che, per le speciali circostanze del caso, non vi era altra base per procedere ad un giudizio comparativo tra i concorrenti. La mancanza assoluta di tale motivazione rende impossibile il controllo di legittimità che la legge assicura ai concorrenti e perciò l'operato della Commissione deve ritenersi illegale ».

Con altra decisione (25 marzo 1927 n. 135), la V Sezione del Consiglio di Stato, riferendosi alle preferenze stabilite a favore degli invalidi di guerra e degli ex-combattenti, ha dichiarato che viola l'art. 3 del R. D. 24 settembre 1923 n. 2073 la Commissione giudicatrice di un concorso al posto di medico condotto, se essa, pur avendo elencato tutti i titoli del concorrente, compresi quelli che avrebbero dovuto dar luogo alla preferenza in di lui favore, non abbia svolto in merito ad essi alcuna considerazione, sicchè sia venuto a mancare quel criterio di valutazione che è necessario ai fini della preferenza prevista dall'art. 9 del R. D. 30 settembre 1922 n. 1290.

È illegittimo l'operato della Commissione che, in ordine a due titoli di preferenza di un concorrente, l'uno di invalidità di guerra, l'altro di lodevole servizio per quasi due anni quale medico interino nello stesso Comune, abbia valutato quest'ultimo titolo ai soli fini tecnici e professionali considerandolo come uno dei certificati atti a comprovare la pratica necessaria per l'esercizio della condotta e abbia trascurato del tutto la benemerenza per invalidità di guerra, valutandola alla stessa stregua del lodevole servizio prestato in guerra dall'altro concorrente.

È da avvertire però che, salve alcune risoluzioni di carattere generalissimo, normalmente si tratta di quistioni di specie. Nei casi dubbi è quindi necessario che sia esaminato il testo del verbale della Commissione, per vedere se e sino a qual punto questa si sia uniformata ai principî giuridici che regolano i concorsi e alla finalità che si deve raggiungere.

XXXVI. — Criteri di massima circa la competenza.

Agli effetti della competenza per materia, la giurisprudenza della Corte di Cassazione, Sezioni Unite, ha ormai stabilito un criterio che si può considerare definitivo. Giova ripeterlo perchè frequentemente gli impiegati si trovano di fronte a dubbi.

La cognizione delle controversie fra l'impiegato e la pubblica amministrazione, aventi per oggetto diritti patrimoniali nascenti dal rapporto d'impiego, appartiene al giudice ordinario quando non occorra *l'esame della legittimità di un atto o provvedimento amministrativo*, e non si tenda alla revoca o modificazione di esso. Questa massima è stata confermata recentemente con sentenza 22 dicembre 1926 n. 3377 della I Sezione della Corte di Cassazione. Le Sezioni Unite, con sentenza 27 gennaio 1927 n. 318, in relazione allo stesso criterio, hanno dichiarato che è competente il giudice ordinario a conoscere dell'istanza giudiziale dell'impiegato licenziato dal Comune, tendente ad ottenere il pagamento di annualità di stipendio, quando tale domanda abbia come suo presupposto necessario la non impugnata rottura del rapporto di pubblico impiego.

Con altra sentenza (21 ottobre-7 dicembre 1926 n. 3179, ric. De Santis) le Sezioni Unite della Corte di Cassazione ha riaffermato che la legge sul Consiglio di Stato 26 giugno 1924 n. 1054, deferendo alle giurisdizioni speciali amministrative le controversie riflettenti il rapporto di pubblico impiego, non ha sottratto alla competenza del giudice ordinario anche quelle in cui non si tenda alla revoca o modificazione del provvedimento amministrativo, ma che, avendo come presupposto la irrevocabilità del medesimo, mirino al riconoscimento di un diritto patrimoniale disconosciuto dall'Amministrazione pubblica.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Il XX Congresso dei Medici condotti.

Il XX Congresso dei medici condotti — inauguratosi, come si è detto, a Siena nella storica Sala del Mappamondo il 17 settembre con l'intervento di S. E. BOTTAI, del comm. LUSIGNOLI, Segretario Generale del P. I., del comm. BELLET, Segretario Generale Dipendenti Enti Locali e di tutte le autorità locali governative, militari, politiche, amministrative e sindacali — ha iniziato i suoi lavori nel pomeriggio dello stesso giorno nel Teatro dei Rozzi.

Letti i telegrammi augurali di S. E. Turati, di S. E. Suardo, del dott. Villa, primo presidente dell'Associazione, e di altri, ha luogo una simpatica e solenne cerimonia in onore di Achille Vacino, Segretario Generale dei Medici Condotti, al quale il dott. BAVESTRELLO a nome dei colleghi offre, insieme ai proventi delle offerte dei soci, uno splendido orologio con catena d'oro, in riconoscimento delle alte sue benemerenze verso la classe. Si associa il comm. LUSIGNOLI con nobili espressioni di omaggio. Risponde il festeggiato ringraziando visibilmente commosso e dichiarando che verserà la somma raccolta al Collegio degli Orfani di Perugia. Cessati gli applausi, si passa alla elezione della Presidenza del Congresso, nelle persone di COLOMBARELLI, GARZIA e MACRÌ.

Si approva all'unanimità per acclamazione la relazione morale pubblicata nel « Medico Condotto » e completata da VACINO al Congresso con aggiunte d'indole organizzativa e di interesse igienico-sanitario; si approva pure la relazione finanziaria fatta da CARROBBIO.

Esaminato articolo per articolo viene sottoposto all'approvazione il nuovo Statuto della Cassa Assistenza e Previdenza, di cui si nomina Presidente Achille Vacino.

GENTA si occupa della pensione dei medici trentini; BALUGANI tratta con competenza delle assicurazioni sociali presentando un progetto combinato con la Cassa Nazionale Infortuni; VENTURI parla sulle specialità e sui sistemi deplorevoli di certe ditte, sistemi incompatibili con la dignità dei medici; DOSI propone, e il Congresso approva, la riduzione della quota sociale per i colleghi in pensione, BONIFAZI vorrebbe l'istituzione di un ente speciale che stipendiasse un gruppo di medici supplenti.

Sul mezzo di trasporto riferiscono GENTA e FATICHI auspicando che ai medici condotti sia concesso lo stesso trattamento che lo Stato concede a coloro che usano di autoveicoli per servizio pubblico, poichè il servizio condottale è essenzialmente un importante servizio pubblico.

FATICHI, DOSI e BERGOLLI svolgono interessantissime relazioni riguardanti il lavoro compiuto dall'Associazione Nazionale Antitubercolare Medici Condotti costituitasi nel 1925 a Siracusa. VACINO tributa un vivo plauso ai membri della A.N.A.M.C. per l'azione svolta nella lotta contro la tubercolosi; spiega come nel nuovo ordinamento corporativo l'A.N.A.M.C. non sia più consentita, in quanto già l'Associazione Nazionale Fascista Medici Condotti riassume i còmpiti di profilassi e di lotta contro le malattie sociali. Propone pertanto, e ottiene l'approvazione del Congresso, l'assorbimento dell'A.N.A.M.C. nell'A.N.F.M.C. e la nomina di un Comitato tecnico di cinque membri per l'organizzazione provinciale, circondariale e comunale contro la tubercolosi e le altre malattie sociali. BRIGNOLI raccomanda all'Associazione di occuparsi del problema del cancro e della protezione dell'infanzia. SCHENARDI, NAPOLITANO e DEL BUE parlano del finanziamento. VACINO ritiene che si possa fare molto anche con la propaganda spicciola, che non costa nulla.

Il prof. SCLAVO interloquisce, ascoltatissimo, plaudendo alla bella relazione di Fatichi e all'opera svolta da Del Bue; si associa a Vacino per l'esplicazione di un programma minimo con azioni piccole e assidue, fatte con fede, senza mezzi e tra difficoltà d'ogni sorta. Rievoca in proposito alcuni gustosi episodi della sua vita di igienista; parla delle colonie marine che ritiene utili se permanenti, e dei ricreatori locali utilissimi e poco costosi; accenna inoltre al problema della malaria e alla lotta contro il tifo dal punto di vista igienico e sociale.

Sulla riduzione delle condotte che da qualche tempo si va verificando per ragioni di economia non sempre plausibili o in base al numero dei poveri, riferisce SACCONAGHI, interessando vivamente i congressisti per la gravità e importanza dell'argomento in considerazione di due cose che sopratutte devono stare a cuore dei colleghi: il buon andamento del servizio sanitario alle popolazioni e la difesa del principio della stabilità sancita dalla legge ai dipendenti degli enti pubblici.

In appoggio ai concetti espressi dal relatore interloquiscono BOBBA, NAPOLITANO, FUSONI, SCHENARDI, BRIGNONI, PARODI, CARDELLI, ZORINI, GANDOLFI e altri; VACINO espone l'azione da lui spiegata in proposito presso il Ministero, facendo presenti specialmente le esigenze del servizio che verrebbero danneggiate talora in modo gravissimo; il comm. BELLET assicura tutto l'appoggio dell'Associazione del P. I.; FATICHI presenta e fa approvare un ordine del giorno informato al criterio di non danneggiare le popolazioni povere, massime in questo momento di crisi industriale ed agricola. SACCONAGHI, riassumendo la discussione, presenta insieme a RONCONI e FUSONI un ordine del giorno che, accettato da Vacino, viene dal Congresso approvato all'unanimità:

« Il XX Congresso dei Medici condotti, approvando l'azione svolta finora dal Segretario Generale dott. Achille Vacino contro la riduzione delle condotte che si va verificando in qualche provincia, pure riconoscendo in certi casi specialissimi l'opportunità delle modifiche delle circoscrizioni dei servizi di condotta medica,

fa voti

perchè, a determinare l'opportunità di tali variazioni, non siano considerate soltanto le esigenze finanziarie delle amministrazioni, ma essenzialmente le esigenze del servizio non solo in rapporto al numero dei poveri, ma ai vari altri coefficienti quali la distribuzione topografica e tutti gli elementi atti ad assicurare un regolare ed efficace servizio alle popolazioni, garantendo la residenza del sanitario, e tenendo conto del servizio prestato e della posizione di carriera dei medici che in dipendenza di tali modificazioni verrebbero gravissimamente danneggiati per la perdita del posto e per il conseguente trattamento di quiescenza ».

SASSI, in tema di scioglimento o formazione di consorzi sanitari, propone l'abrogazione dell'articolo 30 del Reg. 19 luglio 1926, n. 466 e la sostituzione con altro che garantisca meglio la stabilità del medico condotto consorziale. DE SANCTIS ricorda che non ostante l'interessamento del Segretario Generale, le condizioni dei medici dei comuni terremotati non sono migliorate. CARROBBIO fa presenti le richieste dei medici condotti anziani non inscritti alla Cassa Pensione e che versano in tristissime condizioni. RONCONI, BOBBA, ZORINI, SCHENARDI ricordano che molti comuni hanno deliberato pensioni speciali per il loro medico condotto; VACINO promette che si occuperà ancora della questione a Roma. RICCITELLI vuole che si facciano pratiche per la concessione dei ribassi ferroviari ai medici condotti come ai maestri.

In tema di mutualità e previdenza GANDOLFI vorrebbe che si studiasse la possibilità di una fusione della Cassa di Assistenza e Previdenza M. C. con la Cassa di Mutuo Soccorso. VACINO dichiara inammissibile tale fusione, diversi essendo gli scopi delle due istituzioni.

GANDOLFI fa una dettagliata e tecnica esposizione d'un suo progetto per la creazione di un Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale fra tutte le classi impiegatizie, movendo qualche critica alla recente legge sulla Cassa Pensioni. VACINO ritiene intempestivo e pericoloso cercare oggi di far modificare una legge appena entrata in esecuzione e che ha portato notevoli vantaggi alla classe. FATICHI, pure rendendo omaggio alla competenza di Gandolfi, teme che il suo progetto possa, contrariamente alle intenzioni, suonare sfiducia, indisciplina e opposizione; invita ad aver fede nel risorgere politico, morale e finanziario dello Stato fascista. GANDOLFI, riaffermando i suoi sentimenti patriottici, dichiara di non avere mai coi suoi studi inteso di ostacolare il lavoro del Segretario Generale e acconsente a ritirare il proprio ordine del giorno. VACINO accetta la relazione Gandolfi come raccomandazione di studio, e propone un altro ordine del giorno, che viene approvato dal Congresso:

« Il Congresso rinnova il suo plauso al Governo Nazionale per la legge 4 aprile sul suo trattamento di quiescenza, facendo voti che: 1) sia sollecitata la liquidazione delle pensioni ai colleghi che la richiesero e che l'attendono; 2) sia concessa una proroga per la domanda dei riscatti; 3) sia concessa la pensione anche ai medici anziani non inscritti; 4) sia provvisto ad una regolarizzazione delle pensioni dei medici condotti delle terre redente ».

Il comm. BELLET chiude il Congresso rivolgendo un saluto ai convenuti e a Siena. Si associa alle onoranze a Vacino, di cui conosce le benemerenze. Ricorda i Congressi del vecchio regime in cui trionfava il parlamentarismo, e aggiunge che molte cose restano ancora da fare e molte ingiustizie da riparare, non ostante il lavoro immenso compiuto dal fascismo. Riconosce l'eccellenza della organizzazione dei medici condotti e parla dei rapporti gerarchici di essa con l'Associazione del P. I.

Annuncia che proprio in questi giorni la Giunta Esecutiva del P. I. sta elaborando un progetto per la creazione di un grande istituto unico di previdenza tra le classi impiegatizie.

In merito alla grave questione della riduzione delle condotte rileva che, in conseguenza della sparizione di tutti i piccoli comuni voluta da S. E. Mussolini, qualche soppressione di posto sarà inevitabile; ma che questa riduzione non dovrà però danneggiare il servizio alle popolazioni e neppure la posizione del medico; bisognerà in ogni modo tenere conto del patto contrattuale.

Per la pensione agli anziani si farà in modo che essi abbiano quanto loro spetta nei limiti del giusto.

Chiude il suo brillante riassunto con ispirati accenti di italianità.

CALISSANO propone fra applausi generali a sede del prossimo Congresso la città di Torino.

VACINO, ringraziate le autorità locali e le superiori gerarchie presenti, comm. Lusignoli e Bellet, legge i telegrammi inviati al Duce, a S. E. Turati e al Direttore della Sanità.

Al mattino del 20 oltre cento congressisti si sono recati a visitare le Terme di Chianciano, ricevuti signorilmente dal Podestà e dal direttore cav. Foschi. Il prof. SABATINI tenne una interessante conferenza sulle proprietà e sull'uso delle rinomate acque. La Direzione del Grand Hôtel ha offerto un sontuoso banchetto, alla fine del quale il comm. LUSIGNOLI e VACINO hanno ringraziato a nome di tutti per le festose accoglienze.

Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia.

Domenica 23 ottobre, alle ore 10.30, nell'Aula Magna della R. Università di Roma, avrà luogo l'assemblea del Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia per svolgere il seguente ordine del giorno:

1) Relazione morale e finanziaria; 2) Designazione del Segretario del Sindacato; 3) Elezione dei membri del Direttorio; 4) Varie.

All'assemblea interverrà l'on. Antonino Bifani, segretario federale dei Sindacati Fascisti di Roma e Provincia.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Concorso per titoli a due posti di assistente per un biennio. Stipendio lordo L. 4400 oltre alloggio e vitto. Indennità provvisoria caro viveri. Documenti di rito. Termine utile 5 novembre p. v. Per informazioni rivolgersi presso la Direzione.

ASCOLI PICENO. — 1ª condotta urbana; scad. 15 nov.; tassa L. 50.15; docum. a 3 mesi dal 26 sett.; età lim. 35 a.; L. 7500, oltre L. 500 indenn. laurea, L. 1000 indenn. forese; 10 bienni ventes.; indenn. oltre il 25 % della popolazione; ab. 6568.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Aiuto della Divis. Oculistica; v. fasc. 41. Scad. 30 ott.

CAIAZZO (*Caserta*). — A tutto 30 ott. v. fasc. 41.

CATANZARO. *Amministr. Provinc.* — Direttore e assistente dell'Osped. Psichiatr. in Girifalco; rispettiv. L. 17,500 e L. 10,000, oltre alloggio, illumin., riscaldam. e vitto di 1ª classe. Scad. 15 nov. Rivolgersi Segreteria.

CODOGNÈ (*Treviso*). — Al 10 nov.; L. 8000 e 5 quadr. dec., oltre L. 700 uff. san. e L. 3500 cavallo od autom.; c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 25.

COMACCHIO (*Ferrara*). *Congregaz. di Carità* — Primario chirurgo direttore dell'Ospedale S. Camillo; al 30 ott.; vedi fasc. 37.

CREMONA. *Ospedali Maggiore e Dati.* — Aggiunto riparto medicina; L. 8000 e aumenti quinquennali fino a raggiungere il 50% dello stip. Esercizio di 3 anni almeno in Clinica o presso un grande Ospedale. Titoli ed esami (patologia generale, esame clinico, prova laboratorio). Scad. 15 nov.

GORGONZOLA (*Milano*). *Ospedale Serbelloni* (prossima Sede di Ospedale di Circolo). — Medico chirurgo direttore; stip. base L. 9500, altre aumenti periodici, indennità e ripartizione proventi. Scadenza prorogata a tutto il 31 ott. Chiedere avviso alla Segreteria dell'Ospedale.

MANTOVA. — Medico aggiunto all'Ufficio d'Igiene. Proroga alle ore 17 del 31 ott. È richiesto il diploma di laurea esclusa ogni limitazione di data.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Due medici assistenti interni residenti nell'Ospedale Sanatorio Vitt. Eman. III per malati di tubercolosi, in Garbagnate. Scad. 29 ott. Vedi fasc. 40.

Assistente nell'Ambulat. Comunale di Med. int. per i bambini delle scuole e per i poveri; L. 2400 annue con obbligo di non meno di 2 ore di serv. giornal. e diritto a 30 gg. di vacanza annuale. Chiedere ann. Scad. ore 16 del 29 ott. Età mass. 35 a. Docum. a 1 mese (*sic*) dal 26 sett. Serv. entro 15 gg.

MERETTO DI TOMBA. — Proroga ore 18 del 30 ott.

MONTE S. GIOVANNI SABINO (*Rieti*). — Al 30 ott.; L. 10,500 condotta e L. 500 uff. san.; mezzo trasp. a car. d. Comune oltre 500 m. Docum. a 3 mesi dal 5 ag. Tassa L. 50.05. Serv. entro 15 gg.

NOVARA. — Ufficiale sanitario; L. 16,000, aumenti periodici e c.-v. Età massima 45 a. con le solite eccezioni; certificato leva, stato famiglia. Titoli ed esami. Nomina per un biennio, confermа. Assunzione servizio entro 30 gg. Scadenza 10 dic. Domande al Segretario Divisione Sanitaria R. Prefettura.

ONIFERI (*Nuoro*). — Cond. med. residenziale; L. 10,500, più L. 800 per uff. san.; 5 quadrienni del 1/10. 1050 abitanti, di cui 800 poveri. Documenti a 3 mesi data. Certificato di leva. Scad. 12 novembre.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Scad. 31 ott., ore 18; due assistenti effettivi dei reparti per tubercolosi; L. 5500 e 2 bienni dec.; stanza; medaglie di L. 30 per servizi di 24 ore; età mass. 30 a.; tassa L. 50.10 alla Tesor.; docum. a 3 mesi dal 25 sett.; serv. entro 20 gg. Chiedere ann.

PIANDISCÒ (*Arezzo*). — Al 31 ott., ore 17; lire 9000 per 1000 pov.; addiz. L. 3; L. 3900 p. cav. (variab.); 4 quinquenni dec.; L. 500 uff. san. Ab. 5000. Età lim. 35 a.; docum. a 3 mesi dal 1° ott.; serv. entro 15 gg.

SAVONA. *R. Prefettura.* — Uff. san. e capo dell'Ufficio d'Igiene del capoluogo; titoli ed esami; L. 14,950, un biennio di L. 1300 e 8 di L. 650, eventuali compensi, inden. serv. att. in L. 2800 e c.-v. in L. 720 se coniugato, L. 468 se celibe; età lim. 45 (50) a.; docum. a 3 mesi dal 1° ottobre. Ab. 57,315. A tutto 30 nov.

TARANTO. — Direttore sezione medico-micrografica del laboratorio prov. di igiene. Scad. 31 ott. Vedi fasc. 39.

TORINO. *R. Opera Pia-Ospedale di S. Luigi Gonzaga.* — A tutto 10 nov. 1 posto di medico batteriologo con stip. di L. 10,000 e 2/3 dei proventi esami e 2 posti di medico assistente con stip. di L. 5000, presso l'Ospedale-Sanatorio (regione Gerbido); età lim. 30 (35 ex-combatt., 39 invalidi di guerra); titoli; eventualm. esame per il primo posto. Rivolgersi alla Direz. in Gerbido Torinese. Doc. a 3 mesi dal 1° ott.

TRONZANO V. (*Vercelli*). — Scad. 1 nov.; 2ª cond.; L. 7000 per 300 pov.; addiz. L. 4; p. trasp. L. 2000; 2 c.-v.; tassa L. 50.05.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Wilhelm Kerl, da Innsbruck, passa come ordinario di dermatologia e sifilografia all'Università di Vienna.

NOTIZIE DIVERSE.

Congressi Medici di Parma.

Il giorno 18 andante si sono inaugurati a Parma i Congressi di Medicina Interna e di Chirurgia con l'intervento di circa 600 medici di tutta Italia, ufficiali medici dell'esercito e della marina. Il prefetto gr. uff. Rebua, in rappresentanza del Capo del Governo S. E. Mussolini e del ministro della P. I. on. Fedele, ha porto il saluto agli intervenuti.

Hanno parlato pure il gr. uff. Basile, vice-direttore della Sanità Pubblica, il rettore della Università prof. Gallenga, il podestà dott. Mantovani, e molte altre notabilità.

Delle relazioni e successive discussioni di questi Congressi, come di quelli di Oto-rino-laringologia, di Urologia, di Medicina del Lavoro e della Stampa Medica, che si sono tenuti nella stessa città, daremo ampio resoconto nei prossimi numeri.

Due medici offrono il sangue ad un collega.

Il dott. Luigi Orsenigo, durante un giro di istruzione negli Stati Uniti, era stato ricoverato d'urgenza in una casa di salute di Kansas City e operato di appendicite; per sopraggiunte complicazioni, si rese necessaria la trasfusione di sangue, per la quale si offersero successivamente due colleghi, dottori Delfino Parodi e Giacomo Peroni, ex deputato.

Chiamate telefoniche.

La Società Medica di Chicago ha preso disposizioni perchè in qualunque ora della notte si possa provvedere alla chiamata di un infermiere, mediante il telefono.

Azione contro un chirurgo.

Si è svolta a Belfaste in Irlanda un'azione giudiziaria contro un chirurgo dell'Ospedale Ulster per donne e bambini; egli era accusato di aver tagliato l'ugola, nel rimuovere le tonsille e le vegetazioni adenoidi a una bambina di 6 anni. Veniva reclamato un indennizzo corrispondente a circa 130 mila lire. Il chirurgo potè dimostrare che aveva compiuto lo stesso intervento circa 12 mila volte, senza che gli fosse mai occorso alcun accidente. In esito alla relazione dei periti, i giurati ammisero che si è trattato di una disgrazia e mandarono assolto il chirurgo.

Scuola di perfezionamento in Odontoiatria e protesi dentaria presso la R. Università di Bologna.

Sono aperte le iscrizioni per l'anno scolastico 1927-28 ai corsi di perfezionamento di odontoiatria e protesi dentaria per i laureati n medicina e chirurgia.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione dei documenti e nel versamento delle tasse.

Per programmi ed informazioni rivolgersi presso la Segreteria della Scuola, via S. Vitale, 59, Bologna (13).

A Lagos (Africa occidentale), a 41 anno, è morto per febbre gialla ADRIANO STOKES, professore di patologia a Guy's Hospital di Londra. Si era recato colà dietro invito della Rockefeller's Foundation per studiarvi la trasmissione della febbre gialla, di cui rimase vittima.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Luglio 1927.

MALATTIA	27 giug. 3 luglio		4-10		11-17		18-24		25-31	
	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi
Morbillo . . .	276	1487	242	912	286	1301	239	977	211	700
Scarlattina . .	111	277	112	269	129	335	122	277	117	258
Varicella . . .	86	182	68	132	68	113	49	82	48	71
Vaiuolo e vaiuoloide . .	1	3	1	1	1	1	1	1	—	—
Tifo addominale	331	705	363	736	501	1166	504	1136	545	1241
Dissenteria . .	14	18	16	22	27	53	26	54	26	48
Difterite e croup . . .	121	204	119	193	134	235	121	182	118	202
Meningite c.s.e.	3	4	15	15	8	10	6	6	3	4
Poliomieliti a.a.	9	9	4	4	7	7	3	3	4	4
Encefalite letargica . .	8	8	9	10	3	3	9	9	2	2
Rabbia morsicati	72	133	74	120	76	160	71	99	61	100
Rabbia dichiarati	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Pustola maligna	28	37	27	37	45	61	49	64	70	88

Tifo petecchiale, peste bubbonica, colera asiatico: nessuna denunzia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Morgagni, 6 mar. — M. LEPORE. Terapia della tbc. polm.

Arch. p. le Sc. Med., gen. — P. NIGRISOLI. Miomi dello stomaco. — G. ANDREI. Morte per ustione e crisi anafilattica.

Riforma Med., 28 feb. — A. BARLOCCO. Il problema diagnostico e terap. delle nefriti. — C. BERTONE. Appendicite sottoepatica.

Journal A. M. A., 5 mar. — A. E. HALSTEAD e H. F. THURSTON. Le fistole bronchiali. — L. G. ROWNTREE e A. W. ADSON. Gangliectomia e ramiectomia simpatica lombare bilater. nel trattamento della poliartrite degli arti infer. — R. O. BRINGHAM. Calcificaz. delle ovaie. — M. A. REASONER e W. D. GILL. Il sapone nella profilassi dell'angina di Vincent.

Arch. Ital. di Chir., n. 3. — G. PIERI. Fratture dell'atlante. — O. BARIOLI. Cura delle ernie ombelicali col metodo Burci. — G. FRATTIN. Appendicite e nefrite. — V. GHIRON. Nuovo materiale di riunione delle ferite. — Id., n. 4. A. PIRRONE. Ricerche sperim. sulla forcipressura del deferente. — C. BORTOLOTTI. Duodenodiginostomia e mobilizzaz. del duodeno da sinistra secondo Clairmont.

Folia Med., 30 gen. — A. FONTANA. La puntura lombare nelle malattie infettive.

Giorn. Bateriol. e Immunol., mar. — V. BISCEGLIE. Influenza dei raggi ultrav. sui germi e sulle tossine. — G. LA ROSA. Terreno nutrit. a base di lichene.

Münch. Med. Woch., 18 mar. — JANSEN e BAUR. La sintalina. — ESKUCHEN e LICKINT. Reperti normali e patologici del liquor.

Deut. Med. Woch., 18 mar. — KOLLE. Il miosalvarsan, preparato indolore. — STRAUSS. Vie d'infezione della tbc.

Wien. Klin. Woch., 17 mar. — LUGER. Infez. intestinale da blastocisti. — REDLICH. Malattia con manifestazioni di encefalomielite disseminata.

Journal dos Clinicos, 30 gen. — O. CLARK. Malefizî del fumo.

Lancet, 19 mar. — J. L. BIRLEY. Trattam. della neurolue. — F. R. FRASER. La dispnea cardiaca. — H. W. WADE. Trattam. della lebbra.

Brain, I. — E. G. STEWART e al. Encefalite periassiale diffusa. — P. S. KUPALOV e W. H. GAUTT. Rapporti tra stimoli e riflessi condizionati. — H. I. SCHON e W. SUNNAN. Gli endocrini nell'epilessia.

Folia Gynaecol., 3. — S. FONTANA. Cause determinanti la funzione mammaria. — S. ARMANINI. La tbc. polm. complicante le funzioni di maternità.

Spitalul, apr. — R. OBILESCU e G. TATARANN. La reaz. di W. nella malaria. — A. SOIMARN. L'insufflazione tubarica.

Riv. Ital. di Ter., 28 feb. — N. CASTELLINO. Azione della digitale.

Riv. di Oto-Neuro-Oftalm., sett.-dic. — Resoc. del 2° Congr. della Soc. Ital. di O.-N.-O.

Brit. Med. Journ., 3 apr. — La celebrazione di Lister.

Münch. Med. Woch., 8 apr. — MORARVITZ. Sulla sintalina. — GIEMSA. Meccanismo dell'azione antimalarica della chinina.

Deut. Med. Woch., 8 apr. — RAECKE. Lotta contro il tabacco. — KROÒ e MANO. Studi chemoterapici.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. ASCOLI, Red. resp.**

ANNO XXXIV — Roma, 31 Ottobre 1927 — Fasc. 44

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

L'ascesso freddo sottocostale (ipocondriaco) di origine peripleurica.

Prof. DOMENICO TADDEI
direttore della Clinica Chirurgica Generale
della R. Università di Pisa.

Ho avuto occasione di osservare in questi ultimi tempi varî casi di una affezione, che non ho trovata descritta nei Trattati, che ad ogni modo ho potuto constatare essere sconosciuta alla maggior parte dei chirurghi, almeno nella sua patogenesi, e che per la sede, i caratteri, il decorso può presentare delle notevoli difficoltà diagnostiche specie se a sede ipocondriaca destra (confusione con la colecistite, la ciste d'echinococco e i tumori del fegato, l'ascesso epatico, ecc.).

Si tratta di una localizzazione tubercolare, sotto forma di ascesso freddo, che ha sede in immediata vicinanza dell'arco costale (anzi si sente sporgere dall'arco costale stesso tra il margine del retto anteriore dell'addome e la linea ascellare posteriore).

In alcuni casi l'ascesso sporge in corrispondenza dell'arco costale come una emisfera nel sottocutaneo (e questi sono i casi di diagnosi più facile rispetto alla natura, per quanto di solito non giustamente interpretati), oppure come una tumefazione a sede più profonda intermuscolare tra i muscoli della parete addominale o a sede retromuscolare (preperitoneale).

Dirò subito che l'ascesso di solito viene riconosciuto quando si è fatto superficiale: gli ascessi intermuscolari o sottocutanei non sono che la successione del primitivo ascesso preperitoneale, che tende a superficializzarsi perforando i muscoli parietali del ventre, formando così un ascesso a bottone di camicia.

Clinicamente si osservano in giovani (ne ho osservato però un caso in un uomo di 70 anni) con abito e precedenti tubercolari, nei quali ha preceduta da tempo più o meno lungo una pleurite dello stesso lato (per lo più a destra), che lentamente vedono formarsi una tumefazione più o meno dolente spontaneamente e alla pressione subito sotto l'arco costale, di volume di solito non notevole (mezz'arancia), di forma emisferica od ovalare, abbastanza bene circoscritta. Non di rado manca la febbre.

L'esame clinico, mentre dimostra i fatti specifici pleuro-polmonari, non riesce a rilevare dolore alla pressione diretta dell'arco costale, nè dolore costale alla pressione sullo sterno; riconosce la presenza della tumefazione di solito emisferica, ottusa alla percussione superficiale, la cui ottusità, se a destra, si confonde colla ot-

tusità epatica; tale tumefazione è rivestita di cute sana che però presenta sempre un lieve edema (segno della plica) (1) o arrossata (violacea) se in imminenza di ulcerazione, fluttuante, dolente poco spontaneamente, dolente alla pressione, immobile coi movimenti respiratori, che si fissa e si tende colla contrazione dei muscoli parietali del ventre, che non presenta possibilità di spostamento e quindi di palpazione di una faccia piana posteriore, come ho rilevato esistere nei tumori benigni sottocutanei (2).

La diagnosi di ascesso freddo superficiale è facile di solito per i precedenti, per il decorso, per l'esito della puntura esplorativa.

Se l'ascesso è fistolizzato, la diagnosi di natura tubercolare è pure di solito banale. Non così come vedremo la diagnosi di sede e di origine.

Ma accanto a questi casi con tumefazione superficiale esistono, come ho sopra accennato casi di diagnosi molto più difficile di ascessi della stessa regione a sede intramuscolare o preperitoneale. Si trova in questi casi una tumefazione riconoscibile solo colla palpazione a sede sottocostale, emisferica o fusiforme a limiti più o meno bene definiti, che in alto si porta sotto l'arco costale; la cute che la riveste presenta di solito il segno della plica per lieve edema cutaneo: la tumefazione sembra scomparire colla contrazione muscolare: è poco dolente spontaneamente, è invece dolente alla palpazione: è immobile coi movimenti respiratori: presenta talora limitatissimi movimenti laterali, quando le pareti addominali sono rilasciate: è ottusa alla percussione superficiale e l'ottusità si continua (se a destra) coll'ottusità epatica.

Non esistono modificazioni radiologiche dell'angolo epatico del colon: Se, come in caso di mia osservazione, esiste un abbassamento o altra modificazione dell'angolo epatico, del colon trasverso, del duodeno per affezioni concomitanti ed indipendenti, è facilissimo essere tratti fuori di strada.

Non esiste leucocitosi all'esame ematologico. Non esiste alcuna sintomatologia epatica, splenica, gastrica, colica ed in genere addominale. Se si lascia al decorso spontaneo, più o meno lentamente si forma l'ascesso sottocutaneo, che poi si fistolizza.

In un caso recente da me operato con l'estirpazione e sutura di prima intenzione (esame istologico, culturale, biologico), l'ascesso era situato subito sotto e dietro l'arco costale sulla mammillare, dietro il trasverso, al davanti del peritoneo, limitato all'interno dal margine della guaina del muscolo retto, in alto dalle inserzioni del trasverso e del diaframma, in baso da un cercine connettivo di neoformazione. È da escludere in modo assoluto in questo per l'esame diretto e in casi consimili una affezione intraperitoneale o peritoneale o una affezione costale.

Come si forma e come si spiega la sede di questa particolare localizzazione tubercolare? L'anatomia della regione e l'anatomia patologica delle peripleuriti sono secondo me assolutamente decisive per stabilirne la patogenesi e per riconoscere le ragioni della sede.

Bastino alcuni ricordi anatomici, che in parte tolgo dal Trattato di Anatomia umana del Testut, ultima edizione francese.

Il muscolo grande obliquo dell'addome prende origine nel torace sul margine inferiore della faccia esterna dalle 7 od 8 ultime coste per digitazioni, che si alternano con digitazioni analoghe del grande dentato in alto, del gran dorsale in basso.

Il piccolo obliquo sul torace s'inserisce coi suoi fasci posteriori quasi verticali sulle cartilagini delle 4 ultime coste continuandosi, negli intervalli tra le cartilagini, coi muscoli intercostali interni.

Il trasverso prende origine sul torace sulla faccia interna delle ultime 6 coste con altrettante digitazioni, che si incrociano colle digitazioni corrispondenti dei diaframma.

Il diaframma s'inserisce come è noto: *a*) anteriormente allo sterno alla base della xifoide con 2 fasci, che lasciano uno spazio lineare o triangolare, per il quale è stabilita una comunicazione diretta fra il connettivo del mediastino ed il connettivo preperitoneale. È noto anche come Jaboulay abbia utilizzato questa via molto facile e sicura per fare extrapleuralmente ed extraperitonealmente la pericardiotomia declive (via xifoidea); *b*) sulla faccia interna ed il margine superiore delle 6 ultime coste il diaframma si inserisce con altrettante digitazioni, che si alternano con quelle del trasverso.

Fra i fasci costali ed i fasci sternali esiste spesso un intervallo sprovvisto di fibre muscolari a livello del quale, *connettivo sotto pleurico e connettivo peritoneale sono in immediato rapporto.*

Non interessano per questo studio le inserzioni lombari del diaframma a livello della colonna, dello psoas, del quadrato dei lombi.

Risulta da questi ricordi anatomici che esistono degli spazi (retrosternali, sterno-costali) tra le digitazioni del diaframma e del trasverso addominale), per i quali un processo suppurativo mediastinico (sulla linea mediana anteriore) e,

---

(1) Se si pizzica un tratto di cute con pollice ed indice di una mano e un tratto di eguale grandezza nella cute della regione simmetrica si trova che la plica del lato malato è più spessa alla ispezione, più succulenta alla palpazione.

(2) *Il segno della « Faccia piana posteriore » nei tumori benigni sottocutanei.* Policlinico, sezione pratica, 1923.

quello che a noi interessa, peripleurico (fra il margine laterale del retto dell'addome ed il margine esterno del quadrato dei lombi) può portarsi nel connettivo preperitoneale dietro e sotto l'arco costale.

Ne risulta ancora che tale processo può diffondersi poi superficialmente sotto l'arco costale o perforando i muscoli addominali o seguendo gli spazi tra le digitazioni del traverso e quindi portarsi dietro il piccolo obliquo dell'addome: può successivamente farsi strada nello spazio tra piccolo e grande obliquo sempre sotto l'arco costale e finalmente farsi sottocutaneo traversando il grande obliquo.

Sulla origine peripleurica di molti ascessi freddi nettamente toracici e sulla diagnosi differenziale di questi dagli ascessi dovuti ad osteite o condrite costale, coi quali sono generalmente confusi, ho pubblicato una nota anche per la diagnosi differenziale di questi dai lipomi sottocutanei ed ho notato l'importanza che ha per i lipomi ed in genere per i tumori benigni sottocutanei la presenza alla palpazione del « Segno della faccia piana posteriore » (*Giornale del Medico pratico*, anno 1920, n. 3. — *Conferenze, Lezioni e Note di Chirurgia pratica*. Vol. in-8°, edito dall'Unione Tip. Editrice Torinese, 1925).

Un ascesso peripleurico può originarsi:

a) per diffusione nei linfatici sottopleurici originati dalla pleura;

b) per un'adenite nei gangli mammari interni o piuttosto nei gangli linfatici, che esistono negli spazi intercostali;

c) per diffusione diretta di un empiema pleurico saccato o no nel connettivo peripleurico dopo ulcerazione del foglietto pleurico;

d) per tubercolosi della faccia posteriore delle coste o delle cartilagini costali.

A parte queste due ultime origini, la cui diagnosi è spesso facile (nel 1° caso dimostrazione dell'empiema pleurico; nel 2° dimostrazione radiologica e clinica specialmente basata sul dolore alla pressione diretta della costa malata o indiretta [accentuando colla pressione antero-posteriore la curva costale]), è specialmente alle due prime origini che si deve pensare negli ascessi peripleurici sottocostali, apparentemente primitivi.

E dico « apparentemente primitivi » perchè sebbene il processo pleuritico sia di solito spento o talora semeiologicamente non più riconoscibile, nei casi, nei quali io ho trovato la forma morbosa, che sto descrivendo, sempre nell'anamnesi ho trovato però la nozione di una pleurite essudativa o no pregressa. Del resto è frequente riconoscere ancora presenza in atto di fatti specifici polmonari, sfregamenti pleurici, ecc.

La localizzazione peripleurica è facilmente spiegabile se si considerano i linfatici pleurici e diaframmatici.

I linfatici pleurici formano una rete intrasierosa ed una rete sottosierosa.

Ludwig e Schweigger-Seidel hanno descritto dei larghi seni linfatici sulla pleura diaframmatica.

I linfatici della pleura diaframmatica si portano ai linfatici del diaframma, quelli della pleura costale ai tronchi intercostali.

Nel cellulare sottopleurico esistono, oltre a noduli linfatici microscopici, dei gangli visibili a occhio nudo (da un grano di miglio a una lenticchia - Heller), variabili di numero e di sede.

I gangli intercostali ricevono i linfatici degli spazi intercostali, di solito 2 tronchi, che seguono in dentro il tragitto dei vasi intercostali e ricevono la linfa della pleura e dei muscoli intercostali.

Si comprende così facilmente come possa avvenire per via linfatica in seguito ad una pleurite tubercolare una localizzazione peripleurica toracica; è facile poi ancora comprendere la localizzazione, che sto descrivendo, considerando come debba essere frequente la sedimentazione (declive) nel seno costo-diaframmatico dei bacilli di Koch e la persistenza e diffusione del processo da questa sede nel connettivo peripleurico e per le vie anatomiche sopranotate nel connettivo preperitoneale antero-laterale sottocostale.

La diagnosi di natura e di origine quando l'ascesso è sottocutaneo o fistolizzato è analoga a quella dell'ascesso freddo a sede nettamente toracica.

Nei casi iniziali con semplice dolore debbono essere evitate le espressioni di ignoranza di Pleurodinia, di Nevralgia intercostale, di Reumatismo dei muscoli toracici o addominali, di Nevrite intercostale, ecc.

Se esiste tumefazione superficiale sottocutanea, questa si deve distinguere dall'Osteo-condrite delle ultime coste, dai Tumori scheletrici primitivi e secondari, dai Lipomi ed in genere dai Tumori benigni sottocutanei.

Nella nota sopracitata ho rilevato i segni differenziali di queste varie forme e credo inutile insistervi. Così pure non mi fermerò sui mezzi per stabilire la diagnosi di natura tubercolare o no.

Quando invece l'ascesso ha sede dietro o sotto l'arco costale nel connettivo preperitoneale o intermuscolare, la diagnosi, come ho già accennato, è difficile non solo di fronte alle Flogosi ed ai Tumori dell'arco costale, ma anche di fronte ai Tumori ed alle Flogosi intraperitoneali degli ipocondri e specialmente a destra di fronte alle lesioni del fegato, della cistifellea, dell'angolo epatico del colon, del rene destro, e a sinistra di fronte a lesioni dello stomaco, della milza, dell'angolo splenico del colon.

La diagnosi, nei casi a sede intermuscolare, si basa non tanto sulla forma (talora allungata, piriforme, verticale, analoga a quella delle tumefazioni della cistifellea, per quanto più spesso rotondeggiante) e sul dolore alla pressione, quanto sulla dimostrazione della fissazione della tumefazione colla contrazione dei muscoli addominali.

Nei casi, nei quali l'ascesso è ancora solo preperitoneale e quindi dietro il muscolo traverso (come nel caso da me operato sopra accennato), la diagnosi deve basarsi sull'assenza di precedenti epatici (e rispettivamente gastrici, splenici, colici) e dei relativi segni clinici, sulla precedenza della pleurite essudativa, sull'assenza di mobilità respiratoria e palpatoria, sul segno della plica cutanea, sull'assenza di leucocitosi, sull'assenza di alterazioni radiologiche delle coste, del fegato, dello stomaco, del colon, ecc.

La diagnosi differenziale dei tumori renali è di solito facile (assenza di modificazioni patologiche delle urine, rapporto precolico invece che retrocolico della tumefazione, assenza di ballottamento, di punti dolorosi pielitici, ecc.).

La puntura esplorativa va fatta con molta precauzione per non diffondere il processo al peritoneo.

La cura può consistere o nell'evacuazione ripetuta per puntura con iniezione di liquido modificatore (sospensione iodoformica, liquido di Calot, ecc.), oppure anche nell'incisione, svuotamento dell'ascesso, esportazione della parete e sutura di prima intenzione.

Meno facile è ottenere la guarigione negli ascessi sottocutanei, perchè a duplice bottone di camicia (sacca peripleurica — tragitto tra gli spazi d'inserzione diaframmatica — sacca preperitoneale — tragitto muscolare nella parete addominale — sacca sottocutanea), nei quali non si domina che la sacca superficiale; meno facile è la cura ancora in quelli fistolizzati per l'infezione mista aggiunta: più facile la cura è invece quando l'ascesso è retromuscolare e quindi costituito di un'unica sacca (per quanto talora anche questa a bottone di camicia (sacca peripleurica — tragitto tra gli spazi tra le inserzioni costali del diaframma o tra le digitazioni di inserzione costale posteriore del diaframma e del trasverso dell'addome — sacca sottocostale, preperitoneale): È quindi a questo periodo che bisogna cercare di fare la diagnosi, per quanto come dissi, piuttosto difficile: Il più importante per riconoscerla è di pensare all'esistenza di questa forma morbosa.

La cura locale deve essere naturalmente completata dalle consuete cure generali (igienica, dietetica, medicamentosa, elioterapica, vaccinica).

NOTE E CONTRIBUTI.

La lattoterapia ha realmente virtù abortive oltre che curative verso le malattie infettive?

Prof. T. SILVESTRI,
già aiuto nell'Istituto di Patologia Medica.

Continuando nell'uso sistematico della lattoterapia in tutti i casi di malattie infettive (1) (a parte per le ragioni ben note la difterite, il tetano, ecc.), devo segnalare l'osservazione di 7 casi di febbre tifoide in 7 fratelli fra i 6 e 19 anni. La forma morbosa, di cui vi erano casi accertati nella stessa casa ed adiacenze, casi tutti gravi ad andamento protratto, ad onta di cure vaccinoterapiche, li colpì successivamente a distanza di 3-4 giorni.

Non fu possibile iniziare la cura prima di 5-7 giorni dall'inizio per la resistenza dei malati.

Le iniezioni di latte in tutti furono 3, benchè di regola la 3ª non portò modificazioni tangibili sui risultati prossimi e remoti.

In nessun caso si ebbero fenomeni reattivi spiccati, in nessun caso si ebbe guarigione per crisi, sebbene una defervescenza per lisi, che incominciò sistematicamente dopo la 2ª iniezione: giornalmente si aveva una diminuzione di 3, più spesso di 4/10 di centigrado fino a sfebbramento completo, che, essendo inizialmente alta la temperatura (39°,6-40°), si verificava in 10-12 giorni circa.

Il tumore di milza, mancante all'inizio in 5, si sviluppò durante la malattia, ma sempre in proporzioni modicissime.

Mancando poi delirio, ottundimento del sensorio, complicazioni di qualunque genere, i malati ben presto mal sopportavano di stare a letto e a dieta, avendo in anticipo la sensazione di essere di già guariti.

La figlia dell'infermiera di anni 15, che veniva a mangiare in famiglia si buscò la malattia, ma trattata precocemente (in 4ª giornata) dopo la 3ª iniezione tornò in condizioni presso che normali, solo la temperatura continuò per 6-7 giorni, raggiungendo la sera appena 37°,3-37°,4. Apiressia al mattino. Qui la reazione alle iniezioni di latte è sempre stata spiccata.

Nessun risultato tangibile ho avuto in una signorina di 24 anni con tara kochiana, mentre

(1) T. SILVESTRI. *Tentativo di cura abortiva delle più comuni malattie infettive nostrane colla proteino-terapia aspecifica.* Riforma Med., n. 2, 1926.
ID. *Ancora della cura abortiva delle malattie infettive nostrane colle iniezioni di latte.* Policlinico, Sez. pratica, n. 6, 1927.

effetti abortivi ottenni immediati (dopo la 3ª iniezione) in una sartina di 25 anni, che aveva contratta la malattia assistendo una sorella ed altri parenti malati di tifo.

Anche in questo caso la reazione alla lattoterapia fu sempre spiccata, spiccatissima.

Come ho detto anche nell'ultima nota sull'argomento, dopo il 9° giorno non adoprò mai la lattoterapia, perchè di norma non dà risultati utili, e spesso è apportatrice di inconvenienti seri, a meno che non si tratti di febbricole influenzali tifiche, ad es.

E in non pochi casi mi son trovato bene, pur dovendo riconoscere che in qualcuno i risultati prossimi sono stati ottimi, ma dopo 15-20 giorni per cause futili la febbre è ritornata.

Di norma però in tali evenienze la natura kochiana della forma aveva molte probabilità.

Continuando nella serie ininterrotta dei casi trattati, dirò di due malati di erisipela alla faccia, iniziatasi da circa 36-42 ore, diffusa, accompagnata da fenomeni generali intensi, nei quali la guarigione si è avuta per crisi dopo la 2ª iniezione, seguita da rialzo termico imponente, delirio, ecc.

Nei miei appunti trovo un accenno a 2 giovinetti, che vidi in consulto insieme ad altri tre cugini affetti da una forma eberthiana, diagnosticata con tutti i mezzi ad hoc, i quali, sebbene solo al 4° giorno di malattia, presentavano cefalea, rinorragia, lingua impaniata con bordi e punta arrossata, tumore di milza, gorgolio ileocecale, ecc., insomma tutto il quadro della malattia al completo.

Dopo la 2ª iniezione di latte si ebbe caduta per crisi della febbre, scomparsa delle turbe generali. Residuò per qualche giorno debolezza spiccata e il tumore di milza.

Tenuto conto che, come risulta dalle mie note, di norma gli effetti curativi ed abortivi della lattoterapia sono in rapporto diretto colla intensità e precocità dei processi reattivi, mi sono domandato se eventualmente la tenuità delle reazioni ottenute in parecchi casi, fosse spesso, se non di regola, da ricollegarsi più che alle condizioni del soggetto *alla dose deficiente*, e quindi se crescendo questa si potesse arrivare ad un *optimum*, che permettesse di ottenere più facilmente gli effetti abortivi.

Ho portato per ciò la dose da 2-2 ½ cmc. a 4-5, dose del resto abituale nella pratica corrente della proteinoterapia col latte intero.

E in un caso di tifoide in 6ª giornata, in 3 di una forma influenzale (?) a tipo gastro-reumatico, con manifestazioni cutanee, articolari, che di regola dura 7-9 giorni, con facili ricadute, in uno febbre cosidetta di Pfeiffer, e in uno di reumatismo poliarticolare acuto, tutti in 2ª-3ª giornata, l'iniezione di 4-5 cmc. di latte è stata seguita da fortissima reazione locale e generale e da guarigione per crisi.

Data l'importanza dei risultati non ho titubato a tornare ancora una volta sull'argomento, perchè la questione non è solo di importanza clinica, ma sociale.

E trattandosi di una iniezione di latte, di fronte alla quale l'anafilassi è eccezionale specie negli adulti, latte, che, dato il largo, l'universale uso nell'alimentazione, trova anche per via parenterica una facile e pronta disintegrazione, che lo trasforma in prodotti innocui, io spero che i colleghi vorranno adottarla largamente e riferirne spassionatamente i risultati.

E qui farei punto se il prof. W. Weichardt in *Rassegna Clinico-Scientifica dell'Istituto biologico italiano*, 15 agosto 1927, a proposito di *terapia aspecifica*, non avesse colla sua grande autorità affermato che nei riguardi di questa sono da preferirsi i prodotti sterili, preparati sempre nello stesso modo, e le cui costanti fisiologiche siano fissate, ciò che non ha il latte, il quale poi per la sterilizzazione incompleta può contenere germi sporigeni dell'edema maligno, del tetano.

A parte che in commercio si hanno a dovizia preparati di latte sterili, a composizione abbastanza costante, alcuni dei quali (ad es. il caseal) danno gli stessi risultati del latte intero, io credo che gli inconvenienti accennati dal Weichardt, sian più dottrinali che reali, e che quindi non posson in nessun modo far abbandonare questa pratica tanto semplice, quanto efficace, e che ci permette di usare la quantità di latte che crediamo necessaria nei singoli casi.

Nei riguardi poi del posto d'onore che, secondo il patologo di Erlangen, devono avere gli estratti abiuretici (stomosine, autolizzati di pelle preparati dal Iena, allievo del Weichardt), posso affermare, senza tema di smentita, che la stomosina per via sottocutanea e endomuscolare non posson sostituirsi al latte nei tentativi di cura abortiva delle malattie infettive, e che se mai qualche volta raggiungono lo scopo, egli è solo per via venosa, pratica questa che trova e troverà per molto tempo ancora nella clientela privata, la sola che si presta al nostro scopo, grande avversione, grande resistenza.

Come ho accennato in altre note, non vi è dubbio che le stomosine meritano la preferenza su tutti gli altri vaccini a malattia conclamata, avanzata; ma non bisogna farsi eccessive illusioni al proposito, chè gli effetti utili, se possibile ottenerli, seguon solo a cure precoci.

Non posso però tacere che i *sieri, i vaccini molto invecchiati* nelle circostanze accennate si sono dimostrati, per mia esperienza, superiori alle stomosine.

Essi infatti mentre conservano (dopo 3-4-5 anni) tutte le loro proprietà curative, sono *anallergici*, il che costituisce un fattore di importanza capitale di fronte ad un malato, che ha tutti i diritti di non esser esposto a pericoli per parte del medico. (T. Silvestri: *Sull'efficacia ed anallergia dei sieri e vaccini molto invecchiati*. Pathologica, 15 agosto 1919).

Potei convincermi, come già avevo previsto, che conservano anche le proprietà immunizzanti, e che per processi di autolisi diventano dopo 4-5 anni di regola una soluzione prettamente abiuretica. (Vedi al proposito T. Silvestri in *Gazzetta Ospedali e Cliniche*, 1925).

In questa nota mi permisi anche di assegnare per ciascun vaccino l'*optimum* di sua indicazione, concludendo che per essere utili e senza possibili conseguenze dannose, i *comuni* devon essere sperimentati solo nel primo periodo di malattia, purchè questa non sia gravissima d'*emblée*, che allora sarebbe imprudente ogni tentativo del genere; le stomosine posson esser tentate anche più tardi, non però troppo tardivamente quando l'organismo tende sempre a perder terreno: i *sieri e vaccini molto invecchiati* trovano la loro indicazione là dove cessa quella degli altri, pur essendo sempre utili e scevri da inconvenienti.

Quanto al meccanismo di azione dei vaccini e sieri invecchiati ammisi (vedi *Pathologica*, 1919), che i prodotti di disintegrazione delle albumine dei medesimi non avendo più bisogno di ulteriori modificazioni per adattarsi alle affinità chimiche del plasma cellulare non si accompagnano se iniettati a reazioni tossico-anafilattiche, ma esercitano la loro azione curativa con maggior prontezza ed energia.

Tesi questa che vedo prospettata dall'illustre prof. Trambusti a proposito dell'azione curativa delle epato-amine e delle nefro-amine (in *Rinnovamento Medico*, dicembre 1926).

« Potrebbe darsi cioè che i prodotti di disintegrazione della molecola proteica di dati elementi cellulari fosser per una maggiore affinità chimica più specialmente utilizzati dalle cellule omologhe dell'organismo, venendo così a ricostituire l'equilibrio colloidale dei protoplasmi cellulari turbati da un determinato agente patogeno ».

Solo nel caso nostro invece di prodotti cellulari dell'organismo abbiamo disintegrati di albumine e di microrganismi, i quali, secondo le più recenti vedute di fisiopatologia delle malattie infettive dovrebber avere una speciale affinità verso i microrganismi corrispondenti e tossine loro, non solo, ma anche di fronte alle cellule di un determinato distretto, di una data provincia dell'economia, nella quale i germi patogeni, attraverso successivi adattamenti, trovano la loro sede di azione, di predilezione.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Un caso di complicanza cerebrale da pertosse con esito in guarigione.

Dott. GIUSEPPE BLASI
Medico-chirurgo, titolare 1ª condotta
di Monteprandone.

Tutti gli autori sono d'accordo nell'ammettere che le complicanze cerebrali da pertosse non sono eccezionalmente rare. L'intensità, l'estensione dei fenomeni nervosi e l'esito possono essere molto vari: la letteratura registra ormai una discreta casistica di tali complicanze che credo qui inutile ricordare dettagliatamente. Oltre alle convulsioni parziali o generalizzate si sono osservate meningiti, meningo-encefaliti accompagnate spesso da paralisi, emorragie cerebrali o meningee, trombosi dei seni ecc.

In generale la prognosi di tali complicanze è molto oscura e dalla letteratura risulta molto rara una restitutio ad integrum.

Credo, perciò, non privo d'interesse di riferire brevemente il seguente caso di complicanza nervosa in seguito a pertosse, capitato recentemente alla mia osservazione:

Alfredo D. di Enrico, di anni 3 ½ da Monteprandone, in 25ª giornata di malattia. Capitato alla mia osservazione il 31 gennaio 1927.

Nulla di notevole nel gentilizio. Nato a termine da parto fisiologico. Allattamento materno fino a 3 mesi, quindi misto a latte di vacca e pappine, primi denti a 9 mesi. Non ha sofferto finora malattie degne di nota. Da circa 25 giorni ha cominciato ad avere accessi di tosse che si sono fatti sempre più frequenti e stizzosi, seguiti al solito da emissioni di muco filante e da vomito. Da qualche giorno il bambino presenta tremori a carico degli arti superiori ed inferiori. La sera precedente, dopo un accesso di tosse più violento degli altri, si ebbero attacchi convulsivi a tipo tonico-clonico a carico degli arti e dei muscoli mimici. La temperatura, che fino ad allora si era mantenuta normale, ha cominciato ad elevarsi raggiungendo i 39°. La madre ha notato che da quando sono cominciati i fatti convulsivi, gli arti sono andati perdendo rapidamente la loro funzionalità fino ad avere impotenza funzionale assoluta.

Esame obbiettivo. — T. 38,9°, P. 150, R. 42.

L'aspetto del bambino è sofferente; ha il sensorio offuscato: è di costituzione scheletrica regolare; nutrizione scadente, cute pallida; mucose scolorate; edemi assenti. Cranio normale. Prima dentizione completa.

Apparecchio respiratorio. — Rantoli a medie e piccole bolle in tutto l'ambito.

Cuore. — Nei limiti normali: toni netti.

Addome. — Nulla di notevole all'infuori di un po' di meteorismo.

Sistema nervoso. — Il bambino giace in decubito dorsale: sensorio offuscato. Esiste paresi del facciale di destra, ed impotenza funzionale degli

arti di destra. I riflessi pupillari sono torpidi. I riflessi patellari sono più accentuati a destra. Presenta il Babinski d'ambo i lati. Lieve rigidità della nuca; Kernig presente, spiccato dermografismo. Non esistono segni di eccitabilità meccanica sui nervi periferici (Troussau, Koostek). *La puntura lombare* da esito a circa 20 cmc. di liquido limpido sotto pressione aumentata. Assente il reticolo del Mya.

Esame d'urina. — Tracce indosabili di albumina: nulla di notevole nel sedimento.

Si inizia la cura con vaccino antipertossico per via intramuscolare.

1-2-1927. Si pratica un'altra puntura lombare con lo stesso esito della prima. Condizioni generali stazionarie. Non ha avuto più convulsioni. 2ª iniezione di vaccino.

3-2. T. 38,6, 3ª iniezione di vaccino.

4-2. La puntura lombare dà esito a 10 cmc. di liquido limpido. La pressione è diminuita. La temperatura è diminuita: 37,9.

5-2. 4ª iniezione di vaccino. Le condizioni del bambino accennano a migliorare. I famigliari riferiscono che il bambino compie qualche lieve movimento con gli arti di destra. T. 37,9. Anche gli accessi di tosse sono meno violenti e meno frequenti.

6-2. Si ripete la puntura lombare: la pressione è normale. Si estraggono circa 4 cmc. di liquido limpido.

7-2. Quinta iniezione di vaccino. Il bambino è molto migliorato: muove discretamente gli arti di destra. I fenomeni meningei sono completamente scomparsi: i riflessi patellari sono normali.

9-2. Sesta iniezione di vaccino. Il bambino continua a migliorare progressivamente. Gli accessi di tosse sono quasi completamente scomparsi.

12-2. La stazione eretta è ancora impossibile, se il bambino non viene sorretto. Esiste una deficiente funzionalità dell'arto inferiore destro con andatura paretico-spastica. Questa andatura si mantiene ancora per qualche mese, e scompare completamente alla fine di Aprile.

Ho rivisto poi parecchie volte il bambino senza alcun reliquato, in perfette condizioni di salute.

Il caso che ho brevemente descritto e che purtroppo non ho potuto corredare con esami di laboratorio, mi sembra presenti notevole interesse, sia per la complicanza in sè, sia per l'esito favorevole.

Il caso descritto presentò nel decorso di una forma grave di pertosse, netti fenomeni meningei a cui si è aggiunta una encefalite, che ha dato come conseguenza una paralisi spastica degli arti di destra.

Quasi tutti gli autori ammettono che il processo meningo-encefalitico è dovuto nella maggior parte dei casi all'azione delle tossine del germe di Bordet e Gengou, che avrebbero azione elettiva sul sistema nervoso. L'affermazione di Finkelburg, Rejher, Krause, Neurath, che cioè le complicazioni nervose insorgono in bambini spasmofili non è condivisa da Sticker e da Fiore, il quale anzi a tal proposito richiama l'attenzione sull'ipereccitabilità galvanica che si osserva nella pertosse, specialmente nell'acme della malattia e che non deve confondersi con quella propria alla spasmofilia.

Anche nei due casi di meningo-encefalite da pertosse descritti recentemente dal De Toni (l'uno con esito letale, l'altro con esito in cecità) nei due casi di Berardi (ambedue esito in guarigione) e nei cinque casi descritti da Meynier (due con esito in idrocefalo; in un terzo reazione meningeale; in un quarto afasia, sordità e cecità; e in un quinto polineurite localizzata agli arti inferiori) si poteva escludere la concomitanza di una diatesi spasmofiliaca.

Per quanto riguarda il decorso non abbiamo nulla da aggiungere a quanto già si conosceva: la sindrome è identica a quella che si osserva nelle paralisi cerebrali infantili. Quello che invece mi sembra degno di attenzione è l'esito in guarigione. Anche Berardi della Clinica Pediatrica di Perugia ha descritto recentemente due casi simili, con esito in guarigione. Anch'io non esito a mettere in rapporto l'esito favorevole con le ripetute punture lombari (caldamente raccomandate da Ibrahin e Jochmann) a cui abbiamo associato la vaccinoterapia.

Sulla frequenza delle meningo-encefaliti nella pertosse non tutti gli autori son d'accordo. In generale gli autori tedeschi e francesi ritengono tale complicanza, per quanto rara, più frequente di quanto non risulti nelle nostre regioni.

Di trecento casi di pertosse che ho avuto occasione di osservare recentemente in una epidemia verificatasi nella mia condotta, ne ho osservato soltanto questo. Il Berardi a questo proposito fa delle acute osservazioni, e ammette che il diverso comportamento della pertosse nei diversi paesi, sia da mettere in rapporto probabilmente col clima che deve avere senza dubbio un'influenza sul decorso della malattia. Difatti, dalle statistiche della direzione di sanità risulta in modo evidente che nell'Italia settentrionale la mortalità per pertosse è molto maggiore di quella che si osserva nell'Italia centrale, la quale è a sua volta maggiore di quella che si osserva nell'Italia meridionale.

Agosto 1927.

BIBLIOGRAFIA.

Arnheim. Arch. f. Kinderlik., rif. in Ped. n. 2, 1910.
Berardi. La Ped., n. 3, 1927.
De Toni. Rendiconti Osped. Fuf. Aless., 1926.
Bluhdorn. Zeitsch. f. Kinderhk., 1916.
Meynier. Clinica ed Ig. Inf., n. 1, 1927.
Fiore. Riv. di Clin. Ped. n. 1, 1916.
Nasso. La Ped., 1920.
Keicler. Zeitsch. f. Kinderhk., 1920.
Vaglio. La Pediatria, n. 6, 1920.
Zamboni. Riv. di Clin. Ped., n. 11, 1925.
Woringer. Rev. Franç. de Péd., n. 2, 1926.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Questioni vitaminiche - Aspetti critici.

Prof. dott. ENRICO MODIGLIANI, Roma.

In questi ultimi anni l'interesse degli scienziati d'ogni nazione per tutti i problemi connessi con le vitamine, o fattori accessorii dell'alimentazione, è andato facendosi sempre più intenso. In tutto il mondo fervono le ricerche dirette ad approfondire le conoscenze sulla natura e sul significato biologico delle vitamine e sui rapporti che esse hanno con la fisiologia e con la patologia. Ciò nonostante numerose sono le incognite che la questione delle vitamine presenta tuttora. Nè ciò può far meraviglia se si pensa che in molti punti lo studio di queste sostanze coincide con quello dei meccanismi più intimi e dell'essenza stessa dei fenomeni vitali.

In complesso tutte le indagini compiute sinora hanno servito da un lato a porre in luce la vastità del problema vitaminico che si riallaccia a tutte le questioni principali della chimica biologica, della fisiologia, della patologia e della clinica, dall'altro a dimostrare l'importanza fondamentale che le vitamine hanno dal punto di vista delle applicazioni pratiche. Siamo ormai lontani dall'epoca in cui alle prime ricerche di Funk si accordava soltanto un valore dottrinale. Indubbiamente lo stesso geniale scopritore delle vitamine era ben lungi dal prevedere lo sviluppo che è stato poi assunto dalla vitaminologia e dalle sue applicazioni pratiche. Oggi si è riconosciuto che i fattori accessorii dell'alimentazione dominano tutte le funzioni vitali; regolano ed armonizzano tutte le fasi dell'esistenza, non esclusa la fase intrauterina, ed applicazioni pratiche hanno luogo nel campo dell'eugenetica, della puericultura, della pediatria, dell'ostetricia, della neurologia, dell'immunologia, della dermatologia, dell'endocrinologia, della stomatologia. Tuttavia si deve riconoscere che molto rimane da farsi: manca ancora l'unità di vedute necessaria per dare un orientamento definitivo alle applicazioni terapeutiche e profilattiche. Ciò è frutto a parer mio dell'eccessiva frammentarietà e unilateralità delle ricerche, della mancanza di una visione sintetica che colleghi i dati singoli: le vitamine dal campo della dottrina pura sono passate a quello della pratica, ma i vitaminologi rimangono tuttora nel campo della teoria, danno un'importanza eccessiva ai dati sperimentali e trascurano quelli clinici; o se passano al campo delle applicazioni pratiche si attengono al più completo empirismo. Ritengo che una sana critica giovi al progresso sempre: perciò mi sembra utile passare in rassegna qualcuno fra i preconcetti relativi alle vitamine, dei quali il tempo ha fatto giustizia, e alcune concezioni eccessivamente schematiche ed unilaterali, che tuttora attraggono l'attenzione degli studiosi deviandola da quella che costituisce la direttiva esatta per le applicazioni curative.

Già il Lorenzini in un interessante articolo (1) ha esposto tutti gli argomenti che inducono a ritenere prematuri, inopportuni e, dal punto di vista clinico, inutili i tentativi di differenziare nuove vitamine nei gruppi fondamentali finora generalmente ammessi. Mancano infatti dati chimici, sperimentali e clinici donde risulti l'esistenza di nuove vitamine ad azione strettamente specifica per determinate funzioni, e le innovazioni portate alla nomenclatura non segnano alcun progresso nella conoscenza della natura delle vitamine, mentre determinano una notevole confusione. Può sembrare che la questione non abbia alcuna importanza pratica: in realtà, invece, essa presenta un interesse anche da questo punto di vista. Infatti la tendenza dei fisiologi a restringere la sfera d'azione delle vitamine singole ha un corrispettivo nella tendenza dei clinici a considerare le diverse sindromi a- o disvitaminotiche come frutto ciascuna di una carenza unilaterale. In pratica invece è assai raro incontrare i casi puri di carenza di una sola vitamina: di solito si tratta di sindromi complesse, da carenze multiple. Questa considerazione è di non lieve peso nei riguardi della terapia, poichè queste sindromi si modificano solo con l'apporto di vitamine globali; l'apporto di una sola vitamina non può dare che effetti parziali.

Un'altra concezione che i lavori di Plimmer, Abels, Pirquet hanno dimostrato errata è quella secondo la quale bastano tracce di vitamine a conservare o a ristabilire l'equilibrio funzionale La quantità di vitamine necessaria per lo svolgimento regolare dei fenomeni vitali è variabilissima: aumenta in determinate condizioni, quali la gravidanza, l'allattamento, il periodo dello sviluppo (donde la maggior facilità con cui si verificano le sindromi carenziali nel bambino), sotto l'influenza di determinate diete o di determinate malattie (malattie del fegato, del ricambio, disturbi endocrini): ad esempio nel diabete, malattia in cui il regime è sempre ricco di vitamine si ottiene una diminuzione della glicosuria solo somministrando soluzioni concentrate di vitamine (Klotz e Höppfner) (2). Di più deve esistere un certo equilibrio fra le diverse vitamine: se in un regime è contenuta una quantità assai alta di vitamina A, essa non viene utilizzata se non in presenza di una dose corrispondentemente alta di vitamina B (Plimmer) (3). Dunque, pur restando nel campo delle azioni oligodinamiche si

è ben lontani dalle dosi minime di vitamine che si ritenevano un tempo sufficienti. Oggi si sa che in determinate circostanze occorre somministrare dosi molto larghe di vitamine, ciò che può anche riuscire difficile se si deve ricorrere soltanto ai vegetali freschi, d'altronde non è da temersi alcuna azione nociva poichè le vitamine introdotte in eccesso vengono eliminate coi secreti e cogli escreti.

E poichè siamo in tema di somministrazione di vitamine voglio ricordare un'altra questione che ha subìto un orientamento affatto nuovo e cioè quella del contenuto vitaminico degli alimenti sul quale si è già intrattenuto su queste stesse colonne il Lorenzini (4). I diversi AA. hanno compilato delle tabelle molto interessanti sul contenuto vitaminico dei diversi cibi, basti citare quelle del Berg e del Funk che appaiono veramente complete. Sembrerebbe facile attenendosi ai dati in esse riferiti introdurre in abbondanza e in giusta proporzione le vitamine dei tre gruppi.

Senonchè si è veduto che le circostanze più diverse possono far variare grandemente la quantità di vitamine dei diversi alimenti. Sono note le ricerche di Osborne e Mendel, Hart e Stenboch, Ellis, Hess, Hunger e Supplee i quali hanno dimostrato che il latte di mucca contiene vitamine (A, B, C) solo se gli animali sono alimentati con foraggio fresco, quindi in misura minima nella stagione invernale. A ciò sembra contribuire anche il fatto della minore irradiazione solare; infatti Pirquet, Golding, Soames e Zilva hanno dimostrato che il latte delle mucche tenute nelle stalle oscure è povero di vitamina A; sembra anzi che questa sia una delle cause per cui il rachitismo è frequente a Vienna, dove le mucche lattifere sono tenute tutto l'anno nelle stalle. Ne segue che in pratica è impossibile avere la sicurezza che il latte contenga le vitamine, anche a prescindere da tutte le manipolazioni che possono distruggerle quando vi sono contenute in quantità. Anche più dimostrativo è l'esempio dei cereali che, come dimostrò Mc.Carrison (5), non contengono affatto la vitamina B quando sono stati coltivati con i concimi chimici. È interessante osservare che lo sviluppo rigoglioso della pianta va a detrimento del contenuto vitaminico dei semi; dal punto di vista pratico questa constatazione è molto importante poichè finora i cereali sono sempre stati considerati come il serbatoio della vitamina B. Anche il limone, l'alimento antiscorbutico per eccellenza, ci ha riserbato una sorpresa: pare che soltanto la specie mediterranea contenga la vitamina C.

Insomma, come ha già scritto in merito il Lorenzini, non esiste alcuna garanzia che gli alimenti presi a caso, quali li forniscono il campo e il commercio, contengano le quantità di vitamine che figurano nei quadri dei fisiologi. In base a queste constatazioni appare illogico affidarsi ai regimi alimentari per attuare una terapia vitaminica, anche a prescindere dalla capacità o meno dell'organismo malato ad utilizzare le vitamine alimentari.

Ed eccoci a una questione molto discussa e di grande importanza sia per l'interpretazione del meccanismo patogenetico di alcune sindromi carenziali, sia per le applicazioni curative: esistono forme di avitaminosi endogena legate ad un'incapacità costituzionale od acquisita ad assorbire ed utilizzare le vitamine alimentari? Per molto tempo l'esistenza di queste forme è stata disconosciuta. Fu il primo Mancini (6) (1919) a parlare di sindromi disvitaminotiche; in seguito le osservazioni in proposito si sono moltiplicate ed oggi è pienamente confermata non solo l'esistenza, ma anche la frequenza di queste forme. Già Ederer e Kramar (7) hanno dimostrato con osservazioni cliniche e con esperienze in vitro che le fermentazioni intestinali, così frequenti nei lattanti, distruggono le vitamine, donde la comparsa di un'avitaminosi endogena: sarebbe questa una delle ragioni per cui i disturbi dello sviluppo sono più frequenti nei lattanti nutriti artificialmente. Recentemente Galli (8) con un interessante gruppo di osservazioni su lattanti affetti da ipotrofia essenziale ha dimostrato che esiste realmente in taluni organismi un'incapacità funzionale ad utilizzare i fattori accessori dell'accrescimento contenuti nel latte, incapacità congenita, da distinguersi dall'incapacità acquisita conseguente alle alterazioni gastrointestinali.

Il fatto già segnalato da Peuret, Modigliani e altri è stato confermato anche dai risultati della cura: i regimi vitaminici non hanno dato alcun risultato e la guarigione si è avuta solo somministrando le vitamine per iniezione.

Quanto all'incapacità acquisita, cui ho accennato, essa è dimostrata nel modo più completo. Già Mc.Carrison, Mellamby, Gross e da noi Carra (9, 10, 11, 12) hanno studiato le alterazioni del tubo gastroenterico negli stati avitaminici dimostrando che non solo esse sono tali da ostacolare l'assorbimento dei cibi e delle vitamine stesse, ma che sono precocissime: è noto che i disturbi della funzione digerente sono i primi a comparire nell'avitaminosi sperimentale, quando la carenza è appena all'inizio; essi sono la causa dell'ulteriore rapido aggravamento della sindrome. Il fatto è molto interessante perchè ha un esatto riscontro nella clinica. Come ha già fatto osservare Mc.Carrison e recentemente Lowell, Burnett e Howe (13) se si leggono le descrizioni del beri-beri, del rachitismo, dello scorbuto si

trovano elencati negli stadi iniziali disturbi identici: anoressia, disturbi digestivi, diarrea o stipsi, colite. Solo quando si raggiungono i gradi alti della carenza si delineano i caratteri della specificità. Ne segue che negli stadi iniziali difficilmente si pone la diagnosi di carenza; di solito si dirige la cura allo stato dell'intestino, che non si riesce a modificare perchè non si ricorre alla cura causale, e si permette così il progressivo aggravarsi della forma morbosa grazie alle condizioni sempre peggiori dell'assorbimento intestinale. Che i disturbi gastrointestinali possano determinare degli stati di carenza è anche stato dimostrato sperimentalmente da Lowell, Burnett e Howe i quali combattono perfino l'uso abituale dei purganti. Dunque l'esistenza delle disvitaminosi congenite o secondarie è accertata e impone una revisione delle concezioni che hanno finora guidate le applicazioni terapeutiche.

Ho ricordato più sopra l'osservazione di Mc.Carrison sull'identità dei sintomi iniziali di tutte le avitaminosi. L'A. americano conferma così le vedute di Lorenzini sull'impossibilità di fare delle distinzioni sottili sul terreno clinico. Anche Hopkins (14) afferma che non bisogna dimenticare che le sindromi specifiche, unilaterali, si possono ottenere solo sperimentalmente. In pratica si incontrano dei quadri complessi: nessun processo organico può svolgersi in modo anormale senza alterare anche gli altri processi.

Queste considerazioni dovrebbero essere sempre presenti al clinico; invece è sopratutto nelle applicazioni profilattiche e curative che si rivela l'unilateralità delle vedute. Ad es. da un anno in qua vi è una vera invasione di studii sulla possibilità di modificare le carenze di vitamina A, con le diverse sostanze irradiate. L'argomento è senza dubbio interessantissimo perchè apre nuovi orizzonti per l'interpretazione della natura stessa delle vitamine, del meccanismo patogenetico del rachitismo, ecc. Senonchè l'attenzione degli scienziati in genere e dei pediatri in ispecie si è polarizzata in questa direzione come se l'unica carenza che può minacciare il bambino fosse quella della vitamina A. Infatti si pensa non solo ad irradiare il latte per l'allattamento artificiale (procedimento che come è noto distrugge le vitamine B e C), ma ad irradiare le madri, ad irradiare i bambini, ad irradiare le mucche (Golding, Zoames e Zilva) (15), a somministrare l'olio di merluzzo alle mucche (Pirquet) (16) per prevenire i disturbi dello sviluppo infantile. È interessante a tal proposito uno studio di un gruppo di pediatri dell'Ospedale infantile di Detroit (Macy, Graham, Louisa, Outhouse, ecc.) (17), i quali hanno esaminato il contenuto vitaminico del latte di mucca e del latte umano, constatando che è assai più scarsa nel latte la vitamina B che non la vitamina A. Il rilievo era già stato fatto per il latte di mucca da Gibson e Conception (18), Osborne e Mendel (19); ma è molto importante il fatto che sopratutto nel latte umano la vitamina A è sempre largamente rappresentata, mentre è molto spesso assente la vitamina B. Poichè coi secreti si eliminano le vitamine superflue, questa osservazione convalida l'affermazione di Plimmer che se la vitamina A è in eccesso, l'organismo ha bisogno per conservare l'integrità delle sue funzioni una maggiore dose di vitamina B. Evidentemente poichè nel regime delle madri la vitamina A è largamente rappresentata, tutta la vitamina B è trattenuta e il latte ne resta privo. La conclusione che si può trarre da questi dati è che tutti si preoccupano di somministrare al bambino la vitamina A, che, tolti casi rari, esso riceve già in misura sufficiente, e nessuno pensa a fornirgli contemporaneamente la vitamina B che esso trova in scarsa misura non solo nel latte di mucca ma anche nel latte materno. Se si pensa che il fattore B è non meno necessario del fattore A per lo sviluppo, tanto che lo si chiama anche fattore B di crescenza; che, come si è detto sopra, è assai difficile per non dire impossibile, distinguere negli stadi iniziali la natura della carenza; che somministrando soltanto la vitamina A nei casi in cui è in giuoco una carenza di vitamina B si arrischia di aggravare la carenza stessa, appare necessario precisare un po' meglio i limiti e le modalità della profilassi e della cura vitaminica, che deve essere sempre multipla.

In questa rapida rassegna io ho voluto soltanto richiamare l'attenzione su alcuni fatti che meritano di essere presi in considerazione specialmente nei riguardi della eugenetica e della puericultura e che dimostrano che in questo campo, come sempre quando si tratta di passare dal terreno sperimentale a quello clinico, non ci si deve attenere a vedute eccessivamente schematiche. Dai dati suesposti si possono trarre alcuni postulati che porrò come conclusione di questa breve nota e che credo debbano essere tenuti presenti da quanti hanno occasione di occuparsi della prevenzione e della cura dei disturbi dello sviluppo e in linea generale delle applicazioni cliniche delle vitamine.

1) Data l'incostanza del contenuto vitaminico negli alimenti e la frequenza degli stati disvitaminici non si può basare la terapia vitaminica sulle modificazioni del regime. I regimi ricchi di vitamine (regimi che sono in pratica attuabili solo negli adulti) hanno solo valore profilattico, ma non bastano a dominare le sindromi carenziali anche iniziali.

2) I sintomi iniziali delle carenze, e quindi

le forme lievi e parziali di squilibri vitaminici, che sono assai più diffusi di quanto si crede, non presentano nulla di caratteristico e di specifico che permetta di diagnosticare il tipo della carenza, nè di attuare la cura strettamente specifica.

3) Date le grandi incertezze che esistono sempre sulla vera natura delle sindromi carenziali è inopportuno, e non sempre innocuo, somministrare a scopo curativo le vitamine di un solo gruppo. Conviene somministrare globalmente le vitamine dei tre gruppi. Le vitamine in eccesso sono eliminate o immagazzinate nei vari organi; non vi è quindi alcun inconveniente a somministrarne una dose superiore ai bisogni, purchè sia conservata una certa proporzione tra le dosi delle diverse vitamine.

4) L'irradiazione delle madri o delle mucche lattifere o del latte non serve che nella carenza da vitamina A, quindi in un numero limitato di casi.

5) Per la profilassi e per la cura delle sin dromi carenziali è necessario ricorrere a preparati globali. L'estrazione e la stabilizzazione delle vitamine sono problemi già risolti e in ogni caso è da augurarsi che gli studi si rivolgano piuttosto a perfezionare le relative tecniche, a somiglianza di quanto si è fatto per l'opoterapia, anzichè a cercare nuovi metodi di cure indirette, di attuazione sempre più difficile e di risultati più incerti.

Roma, ottobre 1927.

BIBLIOGRAFIA.

(1) G. LORENZINI. Presse Médicale, n. 11, 1927.
(2) KLOTZ e HÖPPFNER. Münch. Med. Woch., 69, 465, 1927.
(3) PLIMMER. Comm. Royal Society Medicine, Londra, gennaio 1926.
(4) LORENZINI. Policlinico, Sez. pratica, 1925.
(5) MC.CARRISON. British Med. Journ., marzo 1924.
(6) MANCINI e GANASSINI. Bull. de Thérapeutique, marzo 1920.
(7) EDERER e KRAMAR. Klin. Woch., n. 5, 1923.
(8) P. GALLI. La pediatria del medico pratico, n. 2, 1927.
(9) MC.CARRISON. Journ. of Am. Med. Ass., gen naio 1922.
(10) GROSS. Journ. Path. and Bact., gennaio 1924
(11) MELLANBY. Brit. Med. Journ., marzo 1926.
(12) CARRA. Gazzetta degli Osp., 1925.
(13) LOWEL, BURNETT e HOWE. Journ. of Am. Med. Ass., giugno 1927.
(14) HOPKINS. Brit. Med. Journ., ottobre 1923.
(15) GOLDING, ZOAMES e ZILVA. Bioch. Journ., 1926.
(16) PIRQUET. Lancet, aprile 1927.
(17) MACY, OUTHOUSE, LONG, GRAHAM. Journ. of Biol. Chem., maggio 1927.
(18) GIBSON e CONCEPTION. Riass. in Presse Médicale, n. 17, 1927.
(19) OSBORNE e MENDEL. Journ. of Biol. Chem., 1922.

SUNTI E RASSEGNE.

FEGATO E VIE BILIARI.

I sintomi iniziali della grande insufficienza epatica.

(FIESSINGER e CASTERAN. *Presse thermale et climatique*, 1927, n. 3102).

I sintomi iniziali della grande insufficienza epatica sono di varia specie:

Generali: dimagrimento, disidratazione, edemi, ittero;

Nervosi: astenia, perdita della memoria, indifferenza, torpore, subdelirio, singhiozzo;

Vasali: dilatazioni capillari, emorragie;

Dolori: pseudo-coliche epatiche;

Cardiaci e renali.

Il dimagrimento è rapido e progressivo, e si verifica anche quando il soggetto si alimenta sufficientemente. Sembra dovuto ad un disturbo del metabolismo degli idrati di carbonio, dei grassi e degli albuminoidi in conseguenza della lesione epatica. Ma è il metabolismo dell'acqua quello maggiormente alterato, ed a questo disturbo è dovuta la disidratazione. In conseguenza la pelle assume una secchezza speciale, rilevabile sopratutto al dorso delle mani e degli avambracci. La pelle al tocco dà una sensazione di rugosità speciale. La secchezza della lingua è legata al medesimo fattore. La disidratazione degli epatici non è simile a quella dei diabetici e dei diarroici: non è generale, colpisce solo le parti superficiali, mentre nelle parti declivi si producono infiltrazioni edematose. Gli edemi cutanei aumentano nel periodo terminale anche quando l'ascite si riproduce meno abbondantemente, e talvolta sono accompagnati da idrotorace doppio. Sono in rapporto a diminuzione della resistenza capillare al trasudamento plasmatico. Sono segni di un decorso grave e di un'alterazione notevole del parenchima epatico.

I sintomi nervosi fanno parte del quadro classico dell'ittero grave. L'elemento dominante è l'astenia, che è accompagnata da apatia, torpore, indebolimento della memoria e dell'attenzione. Poi compare un subdelirio dolce ed una leggera confusione mentale a tipo onirico, sintomi questi che rivelano l'imminenza dell'ittero grave e che sono segni di estrema gravità.

I sintomi vasali sono di due specie: varicosità e rotture. Le varicosità hanno valore solo quando si mostrano sulle parti scoperte. Si tratta di dilatazioni dei piccoli vasi sulla parete dell'addome e delle parti basse del torace. Talvolta si hanno nèi vascolari alla fronte, alla faccia, al dorso delle mani e delle dita, sul torace e sull'addome.

Una condizione caratteristica è l'arrossamento della bocca: la mucosa del velopendolo, della faringe, della parete interna delle guancie, della lingua è fortemente arrossata d'un carminio vivo. Le rotture vasali si estrinsecano con la porpora e le emorragie. La porpora è rara, le emorragie frequenti sotto forma d'epistassi, d'ematemesi, d'enterorragia, d'ematuria.

I sintomi dolorosi sono l'espressione d'una periepatite cronica. Sono dolori sordi, sotto forma di scottature profonde o di coliche. Queste ultime si differenziano dalle vere coliche epatiche perchè s'iniziano meno bruscamente, sono meno violente, e scompaiono lentamente. D'altra parte il dolore è più diffuso ed ha più spesso irradiazioni posteriori. La comparsa dei dolori indica un aggravamento del male.

Il singhiozzo è dovuto all'irritazione del frenico determinata dallo sviluppo della periepatite. Compare per lo più nel periodo terminale di alcune epatiti subacute. Ha un cattivo significato prognostico.

L'ittero è sempre segno d'una crisi degenerativa. Esso è indice grave particolarmente nel caso che il paziente segua un règime di riposo e una dieta lattea o quanto meno leggera. Quando è seguìto rapidamente da ascite la prognosi, se non fatale, è certo riservata.

Analogo significato hanno i sintomi cardiaci e renali. La tachicardia, l'ipotensione, l'oliguria con pollachiuria sono segni di gravità e si accentuano a misura che l'infermo peggiora.

Tutti i segni clinici su accennati non hanno un valore assoluto; possono variare e mancare nei singoli soggetti. È sopratutto il loro aggruppamento che può dare un criterio sul decorso della malattia. A convalidare l'esame clinico giovano i moderni procedimenti d'indagine: il dosaggio della bilirubina, la prova dell'indice biliare plasmatico, la prova colorante al rosso di bengala, il coefficiente ammoniacale delle urine, la glicosuria alimentare, lo studio della coagulazione, del tempo di salasso e del segno del laccio.

DR.

Sul valore diagnostico dell'immagine radiologica della cistifellea.

(A. GREBE. *Münch. Med. Woch.*, 29 luglio 1927).

La tecnica radiologica si è recentemente arricchita di un nuovo mezzo d'indagine: la colecistografia. Vari sono i metodi adoperati, ma scopo principale di essi è quello di mettere in evidenza la cistifellea ammalata. Ora secondo la maggior parte dei radiologi e specialmente secondo Carmon e Conusellor, quando l'opacità è debole o completamente mancante si deve concludere che la cistifellea è malata, mentre al contrario, se l'immagine è netta, allora si tratta di vescichetta normale. Questo rapporto tra immagine e affezione della cistifellea sarebbe costante dal 90 al 95 per cento dei casi.

L'A. dice subito nel suo lavoro che queste conclusioni finora ammesse, non vanno d'accordo colle sue esperienze. Avendo egli avuto occasione di osservare radiologicamente numerosi casi di difficile diagnosi, che poi erano stati operati, ha rilevato delle contradizioni tra immagine radiologica e reperto operatorio, perchè in molti casi, malgrado l'assenza di ombra, la cistifellea era sana. Perciò egli si è proposto di studiare estesamente in che misura esiste questo disaccordo e perciò fino a qual punto si deve credere alla colecistografia. Ha perciò esaminato con i vari metodi 382 casi, nei quali erano compresi non solo individui con cistifellea certamente malata, ma anche malati di altre affezioni, specialmente della metà superiore dell'addome, che spesso vengono in discussione nella diagnosi differenziale con le malattie della cistifellea. Ha potuto così stabilire che l'ombra mancava o era incerta, sedici ore dopo l'introduzione del mezzo di contrasto, in casi in cui all'operazione non si era trovata alcuna lesione delle vie biliari. In tal modo, egli osserva, potendo la mancanza o la debolezza o incertezza dell'opacità far pensare in parecchi casi tanto ad una cistifellea sana quanto ad una malata, ne viene di conseguenza che il metodo perde quasi completamente il suo valore.

Prima di riferire i suoi risultati l'A. giustamente vuol precisare che significato abbia la varia densità dell'ombra e ciò che nella letteratura viene chiamata immagine *positiva*. Egli vuole che come *positiva* s'intenda un'opacità simile a quella delle coste ed in tal caso egli la chiama immagine *netta*. Questa però non indica sempre una cistifellea sana in senso anatomico e fisiologico, poichè dei piccoli calcoli spesso sono invisibili e perchè lo svuotamento e il riempimento della cistifellea può non essere normale; in tal caso sarebbero necessari dei radiogrammi in serie. Ne viene di conseguenza che la visione netta della cistifellea ha più importanza di un'opacità debole o mancante, e perciò crede poter stabilire che più l'ombra della cistifellea è evidente e più cresce l'attendibilità e quindi il valore diagnostico della colecistografia. Perciò se la cistifellea dà un'ombra la cui densità raggiunge quella delle coste, se i suoi limiti sono netti, se la sua massima densità si ha dopo sedici ore, e se dopo altre sedici ore è sparita, allora si deve ammettere con sicurezza che la cistifellea è sana. Tutto ciò l'A. l'ha osservato e controllato in numerosi casi, in alcuni dei quali perfino i sintomi clinici

facevano pensare ad un'affezione della cistifellea che non fu poi riscontrata al tavolo operatorio.

In base quindi alle sue esperienze egli ritiene che il vero valore della colecistografia, facendo naturalmente astrazione delle ombre dei calcoli, non sta nella mancanza dell'immagine (radiografia negativa), e neanche nell'opacità debole; quindi non nella conoscenza della cistifellea ammalata, ma nell'immagine netta, positiva, che rappresenta una cistifellea sana.

Riservandosi di pubblicare una statistica più precisa l'A. comunica soltanto dei casi in cui fu adoperato il metodo endovenoso e che furono controllati al tavolo operatorio. In 84 casi così studiati l'ombra mancava o non era netta 44 volte; di questi, 15 avevano la cistifellea malata e 29 la cistifellea sana. Degli altri 40 casi, 16 erano immagini di calcoli e 24 avevano un'ombra netta (radiografia positiva); di quest'ultimi, 23 non avevano alcuna malattia ed uno solo aveva dei piccoli calcoli che certamente non sarebbero sfuggiti ad altri esami radiologici.

Il Grebe quindi conclude che lo studio della radiografia della cistifellea non è affatto esaurito, ma rimane riservato ad ulteriori ricerche lo stabilire in qual modo le immagini finora incerte possono essere adoperate per la diagnosi.

A. MANNA.

Una nuova prova funzionale del fegato.

(Prova di von Bergmann-Eilbott).

(KLEINKNECHT e DREYFUS. *Paris médical*, n. 30, 23 luglio 1927).

Le prove funzionali del fegato si sono andate sempre più accrescendo negli ultimi anni e molte sostanze sono state provate in queste ricerche. Si trattarono però sempre sostanze estranee all'organismo, e quindi la prova di esse non riproduceva mai un atto veramente fisiologico. Assai più utile sarebbe il potere ottenere una prova di eliminazione mediante l'uso di una sostanza che il fegato elimini fisiologicamente. V. Bergmann e Eilbott hanno pensato di utilizzare la bilirubina.

Gli AA. riferiscono i risultati ottenuti dai medici berlinesi con questo metodo.

Sia che si sostenga la biligenesi estraepatica, sia quella prevalentemente epatica, è sempre certo che il fegato è l'organo escretore della bilirubina estraepatica, mentre i reni oppongono ad essa un ostacolo invincibile.

La cellula epatica essendo il solo luogo di escrezione della bilirubina, lo studio della eliminazione di questa dopo iniezione di essa in circolo rappresenta una prova della funzionalità della cellula epatica.

Iniettando gr. 0,07 di bilirubina, nell'uomo sano, si ha ritorno alla bilirubinemia iniziale dopo due ore e mezza, o tre ore e mezza.

a) nel *fegato cardiaco*, si nota un parallelismo tra la gravità della stasi e il tempo di eliminazione della bilirubina iniettata;

b) nei casi di *ittero semplice*, i risultati furono assai varii, il che dimostra che questa prova è applicabile solo quando non vi è pigmento biliare nelle urine;

c) nelle *colecistiti* si ebbero ritenzioni per lo più notevoli, il che dimostra come il parenchima sia colpito nei casi di affezione delle vie biliari più spesso di ciò che non si creda;

d) nella *cirrosi epatica*, si hanno poi dei risultati del massimo interesse. Su sette casi studiati in tutti si trovò ritardo nella eliminazione. La forma atrofica e la ipertrofica non presentarono differenze di comportamento. Tanto che V. Bergmann dice che un fegato grosso senza ritenzione di bilirubina iniettata fa pensare piuttosto che a una cirrosi, a un fegato da stasi o a un'epatomegalia di altra genesi. Per mettere in evidenza l'influenza cirrogena dell'alcool, sono stati studiati con questo metodo dei P. in stato di intossicazione etilica acuta: e in tutti o quasi si trovò una ritenzione totale o parziale.

Conclusioni: l'iperbilirubinemia artificiale va considerata un nuovo metodo di esplorazione funzionale del fegato, il più fisiologico di tutti finora usati, che può essere assai utile, ed avrebbe valore anche come dimostrazione patogenetica del valore cirrogeno dell'alcool.

L. TONELLI.

MALATTIE INFETTIVE.

Amebiasi.

(MUSSER. *Amer. Journ. of the Med. Sciences*, luglio 1927).

Basandosi sullo studio di 52 casi occorsi nel 1925 al Charyty Hospital di New Orleans, l'A. fa un interessante quadro generale di questa forma morbosa di cui ecco i dati principali:

Età. Per lo più colpì l'età tra i 30 e i 45 anni, è estremamente rara dopo gli 80 anni, e rappresenta una curiosità clinica nei bimbi.

Sesso. Di tutti i casi prevalse lungamente nei maschi: 146 maschi contro 5 femmine.

Razza. Sembrerebbe (!) che i negri avessero una specie di immunità di razza, poichè ammalarono 14 negri e 17 bianchi.

Sintomi iniziali. Il sintoma più comune fu la diarrea, in pochi casi vennero accusati crampi addominali, e in pochissimi una associazione di questi due sintomi. Due malati si lamentarono solo di disturbi rettali.

Durata del male. Variò da due settimane a 13 anni. Le forme dissenteriche sono più brevi, da poche settimane a un mese.

Storia sociale. Colpì pazienti delle più svariate classi e professioni. Un solo caso fu contratto nei tropici.

Esame fisico. In 21 casi si trovò sensibilità e rigidità delle pareti addominali; in 5 casi furono trovate normali, e in 5 casi il fegato era ingrandito.

Proctoscopia. Dimostrò quasi sempre tipiche ulcerazioni nel retto.

Discussione clinica. Una buona classificazione della amebiasi è quella di Dobbell e Low che comprende: 1) portatori; 2) amebiasi generale; 3) diarrea amebica; 4) dissenteria amebica.

1) *Portatori.* Per studiare questi bisogna conoscere il ciclo vitale della Entameba dissenterica. Essa attraversa due stadi vitali, il cistico e il vegetativo. Nel primo stadio può attraversare l'intestino del paziente senza svilupparе, viene poi ingerita da altre persone nelle quali si può avere la digestione della sua parete cistica: è possibile che ciò accada per azione dei succhi pancreatici, sebbene alcuni AA. (Johns) sostengano che il succo duodenale non abbia questo potere e che viceversa la liberazione della amoeba derivi da un processo di autodigestione della parete della cisti in condizioni favorevoli. Queste amoebe libere possono attraversare anch'esse l'intestino senza fissarvisi, oppure si fissano sulle pareti di questo, ma la resistenza speciale dei tessuti dell'ospite fa sì che si creino dei danni minimi rapidamente riparati. Sono questi i così detti veri portatori, nelle cui feci si trovano sempre amoebe ed emorragie latenti, ma che non hanno sintomi clinici.

I portatori secondo molte statistiche rappresenterebbero il 95 % degli individui affetti da amoebe. Come si possa divenire facilmente portatori è bene dimostrato da questo esperimento fatto nelle Filippine: 18 uomini volontariamentte ingerirono cisti di amoebe: solo 3 di questi presentarono qualche sintomo clinico, ed uno di essi si dovette infettare per ben 5 volte prima di ammalare. Negli altri 15 uomini il parassita si fissò solo nell'intestino ed essi divennero dei portatori. I sintomi dipendono più dalla resistenza dell'ospite che dalla virulenza del parassita.

Una notevole parte della popolazione viene infettata, ma quasi tutti offrono una grande resistenza. Ciò accade anche negli animali; praticamente il solo animale che può essere facilmente infettato è il gatto.

2) *Amebiasi generale.* I portatori che comincino ad avere dei sintomi un po' più pronunciati passano in questo secondo gruppo. Questi individui hanno facile stancabilità, una generale distonia, ed una assenza della sensazione di benessere che è normale nei sani. La diarrea è rara, ma hanno quasi sempre disturbi gastro-intestinali: hanno disappetenza, malessere gastrico e disturbi intestinali vaghi.

Mentre l'individuo sano è conscio del suo intestino solo se e quando desidera defecare, i pazienti con amoebiasi generale sono consci del loro intestino. Sono pallidi, anemici, deboli, con facili dolori agli arti. Spesso si associano de'le artriti, nelle quali non vi è tanto dolore, quanto una fissazione delle articolazioni terminali. Kofoid ed i suoi collaboratori sulla costa del Pacifico sono giunti ad ammettere che il maggior numero dei casi di artrite sono dovuti alla amebiasi (!).

3) *Diarrea amebica.* In un grado più avanzato si manifesta la diarrea: l'A. cita come una storia tipica la seguente:

Un uomo di 29 anni resta malato per tre settimane con una diarrea acquosa, con muco e sangue nelle feci, e con circa otto evacuazioni giornaliere, modicamente dolorose. Il paziente non si lamenta di null'altro. È anemico, ha perso sette libbre di peso. L'esame obiettivo è del tutto negativo, eccetto che la proctoscopia. Sono questi i casi in cui più facilmente si ha la complicazione di un ascesso epatico. I parassiti giungono al fegato per mezzo del sistema della venaporta. L'ascesso può sorgere in pazienti che non abbiano mai presentato sintomi diarroici.

4) *Dissenteria amebica.* Essa si ha in una piccola percentuale degli infetti; probabilmente non più che nel 0,5 %.

Incidentalmente notiamo che l'ascesso epatico è trovato ancora più di rado. I sintomi nella dissenteria sono tali che nei casi tipici già l'anamnesi fa fare una diagnosi di forte probabilità. Si ha emissione frequente di feci, con forte tenesmo, con dolori crampiformi e un inadempibile desiderio di defecare a brevissimi intervalli. Le feci contengono pochissime materie fecali, probabilmente null'altro che sangue, muco e amebe in grandissima copia. I pazienti sono enormemente abbattuti. Secondo una autorevole competenza dell'argomento, in nessuna altra malattia vi sarebbe un così rapido decadere del malato se si eccettua la ostruzione esofagea. I pazienti possono morire in pochi giorni. È assai interessante notare dal punto epidemiologico che gli ammalati di questa forma dissenterica sarebbero secondo l'A. meno pericolosi degli altri precedenti, in quanto che essi eliminano amoebe allo stato vegetativo e non incistate, mentre queste sono necessarie per la trasmissione, tanto che Musser giunge a dire che se la dissenteria ame-

bica e l'ascesso amebico fossero le sole due forme di amebiasi, la malattia amebica sparirebbe ben presto dal mondo. Circa i modi di trasmissione è certo che il contatto diretto non è il solo mezzo, ma ci si può anche infettare col bere acqua contaminata, o col prendere cibi inquinati con questa acqua. La trasmissione idrica della ameba è della massima importanza; poichè le cisti sono rapidamente distruttte col disseccamento, mentre possono vivere vari giorni all'umido. La trasmissione con le mosche è supposta rara, ma essendosi trovate amebe sulle mosche e nel loro intestino, questo mezzo di contagio deve ritenersi forse più frequente di ciò che generalmente si crede. Per la diagnosi si deve dare grande valore all'esame proctoscopico ed alla ricerca delle amebe; riguardo a questa si deve ricordare che la presenza di emazie nel loro interno va ritenuto come il migliore criterio per riconoscere la natura dell'Entameba dissenterica, mentre la diagnosi delle cisti si deve considerare difficilissima. L. TONELLI.

Commento sui casi di tetano ricoverati nell'Ospedale Maggiore di Milano dal 1914 al 1924.

(P. POZZATI. *L'Ospedale Maggiore*, 31 mag. 1927)

Nell'Ospedale Maggiore di Milano vennero accolti nel decennio 1914-1924, duecentoquattordici tetanici: di essi 175 appartenevano al sesso maschile e 39 al femminile. La prevalenza dei maschi deve porsi in rapporto col fatto che essi sono esposti più di frequente ai traumi.

Dall'esame delle professioni esercitate dai tetanici risulta che su 128 ricoverati aventi età dai 15 anni in su, 54 erano contadini, 5 ortolani, 4 badilanti e 2 giardinieri: la spiegazione di questa enorme prevalenza dei lavoratori dei campi deve porsi in relazione col fatto che nel terreno il bacillo del tetano è abbondantissimo, specialmente nel terreno concimato dei campi e giardini, mentre è raro o assente nel terreno puro delle foreste montane.

La mortalità per tetano nei feriti in guerra fu sempre in rapporto con la natura del terreno su cui si svolgevano le battaglie: le zone maggiormente tetanigene si hanno nei terreni alluvionali, lungo il corso dei grandi fiumi e là dove la terra è concimata con concimi animali. Le feci degli animali, specialmente degli erbivori (equini e bovini) possono essere un mezzo non indifferente di disseminazione di virus tetanigeno: per quanto non si possa dimostrare un rapporto diretto tra il numero degli equini esistenti nelle diverse regioni d'Italia e il grado di mortalità per tetano, pure esiste una relazione quasi costante fra il numero totale di equini e bovini e il numero dei morti di tetano nei vari compartimenti: nel Veneto, ad es., i bovini ed equini sono 44 per kmq. ed i morti di tetano sono 3,5 per 100,000, mentre in Calabria, ove troviamo 15 tra equini e bovini per kmq., la mortalità è solo dell'1.2 per 100,000.

Per quello che riguarda l'età dei pazienti colpiti da tetano l'A. ha trovato nella sua statistica, la massima mortalità fra i 5 e i 19 anni, risultati che sono in armonia con le cifre della mortalità per tetano in tutta Italia.

Nello sviluppo dell'infezione tetanica ha importanza la temperatura: dei 214 tetanici della statistica ospedaliera 90 furono accolti nei mesi di luglio, agosto, settembre e solo 28 nel trimestre gennaio-marzo. Sembra dunque che la malattia assuma, sotto l'influenza della elevata temperatura ambiente, un andamento più maligno.

Le ferite che determinano il tetano sono più spesso quelle delle estremità: nei casi studiati dall'autore tali ferite si riscontrarono nel 67 % dei pazienti.

Solo in un centinaio di casi l'A. ha potuto conoscere esattamente l'agente specifico del trauma: chiodi, scheggie di legno, vetri, punture di spillo, strumenti da lavoro agricoli.

Molto più spesso di quello che non si creda, il tetano è conseguenza di piccole ferite trascurabili.

Variabile è il periodo di incubazione: la malattia si manifestò colla maggior frequenza nei primi dieci giorni dal trauma, meno spesso tra i dieci e i quindici, più di rado prima dei cinque e dopo i quindici.

Circa la sintomatologia, l'A. si sofferma un poco a parlare della febbre, sintoma su la cui presenza e interpretazione non si è ancora d'accordo. Solo in 175 tetanici, egli seguì l'andamento della temperatura durante tutto il morbo: nel 73 % dei casi la temperatura restò sotto i 38°,5 C., nel 27 % si elevò sopra i 38°,5 e furono questi i casi più gravi e con maggiore mortalità.

La prognosi del tetano è grave: la statistica dell'Ospedale Maggiore riporta una mortalità del 52.3 %. L'A. vede un rapporto costante tra la mortalità e la durata dell'incubazione: la prima è in rapporto inverso con la seconda.

In quasi tutti i tetani curati nel Padiglione Isolamento dell'Ospedale Maggiore, si fece uso di bagni caldi e si somministrò idrato di cloralio per clistere; in alcuni casi si aggiunse la cura Baccelli, in altri le iniezioni sottocutanee o endovenose o intrarachidee di siero antitetanico, oppure le iniezioni intramuscolari di solfato di magnesio.

Nei casi di minore e media gravità (periodo di incubazione superiore a dieci giorni) la semplice cura sintomatica con bagni caldi e cloralio ha

dato risultati migliori. Nei casi gravi invece (incubazione inferiore ai dieci giorni) la cura sintomatica dette un solo caso di guarigione su 16: discreti risultati dettero la cura Baccelli e le iniezioni di siero intrarachidee e le iniezioni intramuscolari di solfato di magnesio.

L'A. in fine al suo lavoro mette in luce la grande importanza della profilassi antitetanica per mezzo di iniezioni di siero: egli si augura che essa, già largamente usata, vada generalizzandosi e che i medici tutti si convincano che anche in presenza di lesioni di scarsa entità è doveroso praticare la sieroprofilassi.

VICENTINI.

Sulla reazione di Dick, specialmente in rapporto al fenomeno dell'estinzione.

(LEO JACOBOWITZ. *Zentralblatt für innere Medizin.*, n. 25, 1927).

L'A. ha eseguito 179 reazioni di Dick su 136 scarlattinosi in periodi differenti di malattia e di convalescenza, e tra limiti di età che vanno da 1 fino a sopra 20 anni. Dai primi giorni di malattia agli ultimi di convalescenza il numero di reazioni positive diminuì notevolmente, ma senza scomparire neppure dopo 5 settimane (in questo periodo rimaneva l'8,6 % di reazioni positive). Inoltre, un gran numero di soggetti a reazione negativa l'avevano presentata tale fin dalla prima volta, al 3° e 4° giorno di malattia.

Di 27 adulti che sicuramente avevano sofferto scarlattina, 23 diedero D. R. negativa, 4 positiva; di 135 senza anamnesi di scarlattina, 49 diedero R. D. positiva, 86 negativa.

In 25 soggetti da 10 a 20 anni e più, affetti da *angina lacunare*, 8 diedero R. D. +, 17 neg., senza differenza alcuna tra lo stadio acuto e la convalescenza.

Anche altre malattie infettive non influenzano punto il comportamento della reazione di Dick.

Di 61 sieri di soggetti a Dick negativa, 60 si dimostrarono capaci di dare ottimi fenomeni di estinzione, uno, provato in un solo caso, no. Di 25 sieri di soggetti a Dick positiva, solo 15 furono incapaci di provocare il fenomeno dell'estinzione, 10 lo dettero, o non molto intenso, o nettissimo.

L'A. conclude che la D. R. non è utilizzabile per la diagnosi differenziale in casi dubbi di scarlattina; e che non è spiegabile con l'ipotesi accettata comunemente sulla natura del fenomeno dell'estinzione (azione neutralizzante specifica locale) e, d'altra parte, col concetto dei Dick sull'esantema scarlattinoso (reazione alla tossina streptococcica) la mancanza parziale di parallelismo constatata, in queste ricerche, tra D. R. e fenomeno dell'estinzione.

A. CORRADI.

VESCICA.

Sarcoma della vescica.

(HOWARD L. CECIL. *The Journal of Urology*, vol XVI, n. 6, dicembre 1926).

Il sarcoma della vescica è rarissimo e quasi sempre fatale. L'A. da un caso occorso sotto la sua osservazione trae occasione per uno studio su tale forma morbosa tanto più che il caso suo risulta dalla letteratura essere l'unico che si è veramente giovato dell'operazione.

In una scorsa attraverso la letteratura e le statistiche che l'A. riporta risulta che i casi riportati in tutti sono 202, di cui 133 ammalati erano maschi e 69 femmine.

Etiologia. — Niente si conosce di definito. Occorre più frequentemente nei primi 5 anni di vita e dai 50 ai 60 anni, ed è meno frequentte dai 6 ai 10 anni; è più frequente nei maschi.

Patologia. — L'apparenza è molto variabile. sicchè una diagnosi in base ad essa è impossibile. La grandezza è varia; va dalle molto piccole masse polipoidi alle grandi masse papillomatose e alle masse lisce. Frequentemente non è unico. La superficie è qualche volta liscia e il tumore lobulato, ma frequentemente è a superficie polipoide o papillomatosa: alle volte lo stesso tumore è liscio in un punto e papillomatoso in un altro. La mucosa che ricopre il tumore è il più delle volte normale o leggermente alterata, ma alle volte è invasa dal tumore e profondamente alterata. Le ulcerazioni sono piuttosto rare. Il colore del tumore è generalmente molto rosso o blu, colore dovuto all'abbondanza di sangue. Si origina dal tessuto sottomucoso o muscolare ed è quasi sempre sessile prendendo alle volte tutta la vescica e i tessuti vicini e sporgendo appena in cavità; alle volte può avere un peduncolo che è sempre più massiccio di quello dei papillomi di origine epiteliale. L'evoluzione è rapidissima e porta in breve tempo alla morte; però qualche caso ha dato sintomi per 6-8 anni, ma è una eccezione rarissima. Non metastatizza presto e nella maggioranza dei casi all'autopsia non si trovarono metastasi; nei casi in cui c'erano, per frequenza furono prime le glandole sacrali, i polmoni, il fegato e la pleura, le glandole inguinali. È molto interessante dal punto di vista terapeutico la posizione del tumore: più frequentemente sorge vicino all'orifizio vescicale o sul trigono, oppure vicino e frequentemente invade i tessuti vicini; in genere si localizza sulla parete anteriore più frequentemente del carcinoma.

Istologia. — È variabile come è variabile l'apparenza macroscopica. Sono state descritte forme

a cellule fusate, a cellule rotonde, a cellule miste, linfosarcomi, sarcomi alveolari, fibrosarcomi, mixosarcomi, condrosarcomi. L'epitelio vescicale che ricopre il tumore è grandemente alterato fino ad essere addirittura formato da cellule sarcomatose, oppure completamente distrutto. Un caso solo di epitelio-sarcoma è stato descritto da Lenormant. La relazione delle cellule sarcomatose con i vasi è molto intima, però non si sono mai viste nei vasi. Questo sarcoma è il più vascolarizzato di quelli trovati in tutti gli altri organi.

Sintomi. — In pratica è difficile osservare un sarcoma o riconoscerlo ai primi sintomi quando non è la sola speranza una grave operazione mutilante. L'ematuria è il sintomo più frequente ma prevalgono altri sintomi e a volte alcuni, a volte altri; è usualmente intermittente ma può anche essere costante come negli altri tumori, e sempre però più abbondante e si ha più tardi, a sarcoma avanzato, perchè le ulcerazioni sono molto tardive contrariamente alle forme epiteliali. Altro sintomo importante è il dolore, spontaneo o associato alla minzione sia durante che dopo, qualche volta è costante e duraturo. Sintomi iniziali rari sono la cachessia, l'urina putrida e il passaggio di pezzi di tumore, benchè tutti i sintomi possono considerarsi manifestazioni tardive tenendo presente che per averli il tumore ha già dovuto raggiungere un considerevole sviluppo e una diagnosi veramente precoce è molto difficile.

Diagnosi. — L'anamnesi non dà niente di caratteristico differente da quanto si ha negli altri tumori. Lo stesso è per le urine soltanto delle cellule o frammenti di tessuto sarcomatoso possono dare qualche indizio. La palpazione sovrapubica, vaginale o rettale non dà nessun dato positivo e quando è affermativa il tumore ha già raggiunto tale sviluppo e diffusione per cui non è più curabile chirurgicamente. La cistografia non dà altro che la conoscenza della grandezza del tumore, la posizione, e non è capitale per la diagnosi. La cistoscopia fa fare la diagnosi sia in sè stessa sia per la possibilità di rimuovere tessuti per lo studio istologico che è l'unico mezzo vero di diagnosi e dovrebbe esser fatto in tutti i tumori vescicali per iscorgere possibilmente un sarcoma in cui il trattamento dovrebbe essere più precoce e radicale che nei tumori epiteliali. Prima dell'intervento deve sempre farsi un esame radioscopico generale per metastasi benchè siano molto rare.

Trattamento. — Nei casi iniziali il processo da scegliere è la resezione con la rimozione dei tessuti adiacenti. Sul radium e i raggi X non si può ancora dare un giudizio e sono da usarsi soltanto quando non è più possibile una resezione. Nei casi molto tardivi non c'è altra speranza che la cistectomia totale. Oggi per la cura del sarcoma della vescica non si tende che a questa operazione, non ancora da tutti accettata per la grande percentuale di morte. Il drenaggio urinario costituisce il punto veramente scabroso di questa operazione. La nefrostomia è più sicura ma più sgradevole al paziente; il trapianto degli ureteri nell'intestino e più comodo al paziente se non interviene pielonefrite o infezione dell'intestino; questo metodo dà una mortalità superiore a quella che si ha per la rimozione della vescica in sè stessa. Per l'impianto degli ureteri è consigliabile non liberarli molto dal connettivo che li circonda per assicurare la circolazione che si fa per vasi decorrenti parallelamente ad essi e i cui rami vanno all'uretere; una povera circolazione predisporrebbe gli ureteri alle infezioni in qualsiasi punto siano essi impiantati.

I risultati del passato possono considerarsi un fallimento completo. Cistectomie per sarcoma in tutto sono state tre: due operati morirono, l'unico vivente è quello dell'autore. Si tratta di un giovane di 27 anni che l'A. curò in tre tempi: in un primo tempo impiantò l'uretere destro a 3 cm. al di sopra e internamente alla spina iliaca anteriore-superiore; in un secondo intervento impiantò l'uretere sinistro un cm. al di sotto e internamente alla spina iliaca anteriore-superiore; in un terzo intervento asportò la vescica e i tessuti circostanti. A tre anni dall'operazione il paziente vive e sta bene. L'A. considera i suddetti punti d'impianto degli ureteri come i migliori, sia perchè si avvicinano di più alla posizione ordinaria sia perchè sono molto comodi per portare le tazze di raccolta delle urine.

G. ANNICCHIARICO-PETRUZZELLI.

Estrofia della vescica.

(MAYO e HENDRICKS. *Gyn. and Obst.*, agosto 1926).

Gli AA. si riportano specialmente ai casi della Fondazione Mayo. Dal 1901 vi furono ricoverati 95 casi con questa infermità. L'intervento chirurgico è assolutamente indicato oltre che dalle condizioni penose in cui si trovano gli infermi, anche dall'alta mortalità che la malattia porta necessariamente. Il 50 % muoiono nei primi 10 anni e il 60 % prima del ventesimo anno. Nella Clinica Mayo ne furono operati 66: 48 sono ancora in vita, 18 morti.

Sono viventi: 16 dai 2 ai 6 anni; 6 dai 6 ai 10; 7 dai 10 ai 20; 13 dai 20 ai 30; 1 di 40; 1 di 73 (in quanto l'estrofia era consecutiva ad una cistostomia soprapubica).

Plastica per semplice chiusura della vescica, 8 casi; trapianto di ambo gli ureteri, 46; trapianto di un solo uretere, 9; trapianto di un uretere

nella flessura epatica del colon, 1; operazione di Maynihan, 2; operazione di Coffey, 3.

Insieme a queste operazioni altre complementari furono eseguite tra cui 1 nefrostomia per gangrena dell'uretere e 1 pielostomia per occlusione acuta post-operativa dell'uretere. Ambo i malati che avevano un rene unico, sono viventi.

Quanto ai risultati 29 buoni, 25 furono soddisfacenti, 2 hanno scarso controllo del retto.

La mortalità fu dovuta a peritonite (5), a infezioni delle vie urinarie (6), ad altra malattia sopraggiunta a distanza: polmonite, tifo, ecc., a recidiva del cancro della vescica (7).

Nei 29 casi in cui non credettero di poter intervenire gli AA. danno come motivo: *a*) la troppo tenera età; *b*) l'incontinenza dello sfintere anale e il prolasso del retto; *c*) la presenza di un tumore maligno della vescica; *d*) la necessità di eseguire altri interventi.

L'età più conveniente è dai 4 ai 10 anni, in seguito sono molto comuni dilatazioni ureterali che rendono l'intervento sconsigliabile. Per assicurarsene prima dell'operazione si può fare una radiografia degli ureteri iniettati con liquidi opachi. Recentemente Coffey, per evitare l'occlusione ureterale dovuta a edema della mucosa, mette in ciascuno degli ureteri da impiantarsi un tubicino di gomma assai lungo che fa uscire dal retto e che viene lasciato *in situ* per una settimana.

Quanto alla tecnica seguita dagli AA. è — almeno negli ultimi tempi — quella di Maydl con la modificazione di Coffey. L'operazione viene eseguita in 2 sedute a 12-14 giorni di distanza l'una dall'altra con impianto del d. e poi del s. uretere.

V. GHIRON.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

LUSTIG A. e VERNONI G. *La febbre ondulante*. Vol. in-8°, pag. 140. Un. Tip. Ed. Tor., 1927. L. 12.

Questo manualetto fa parte della Biblioteca di Cultura medica che, sotto la direzione del sen. Lustig, ha intrapreso la pubblicazione di utili e interessantissime monografie sui vari capitoli della Patologia Medica.

I primi tre capitoli sono riservati esclusivamente alla biologia del « Brucella Melitensis » e dati importantissimi vi sono contenuti sopratutto per quanto riguarda la sua trasmissione all'uomo. Così pure di notevole interesse è riuscito l'ultimo capitolo sui rapporti fra le varietà umane-caprine e le varietà bovine del Br. melitensis, in cui gli AA. dopo aver esaminato e discusso le varie ipotesi emesse, giungono alla conclusione che « il Br. abortus e il Br. melitensis possono legittimamente ascriversi ad un medesimo genere, o ad una medesima specie, della quale rappresentano due varietà diversamente orientate nella vita parassitaria ».

Il volumetto è fornito inoltre di una completa bibliografia sull'argomento.

A. P.

L'*Année médicale pratique*. Pubblicato sotto la direzione di C. Lian. Un vol. in 16° di 538 pag. e 16 fig. R. Lépine ed. Paris, 1927. Prezzo fr. 24.

Il sesto volume di questa buona pubblicazione, che riassume tutto quello che d'importante è stato fatto nel 1926, specialmente in Francia nei diversi campi della medicina, chirurgica, specialità è, al pari dei precedenti pratico e di grande utilità. Ogni singolo articolo, e sono centinaia, è una breve rivista sintetica sull'argomento, sicchè la facile consultazione di questo libro evita molte malagevoli ricerche, per le quali sarebbe necessario sfogliare parecchi periodici, senza trovare sempre ciò che fa al caso concreto.

Questi volumi sono un complemento indispensabile per la coltura medica.

fil.

G. BLECHMANN. *Maladies des nourrissons et des enfants*. Un vol. in 16° di 387 pag. Doin ed. Paris, 1926. Prezzo 18 fr.

In forma chiara e condensata, questo volume che fa parte della Collezione « *Les consultations journalières* », contiene tutto ciò che il medico ha bisogno di conoscere di pediatria per l'esercizio corrente della pratica. La prima parte è dedicata al poppante, con le grosse questioni dell'alimentazione, dei disturbi digerenti, delle malformazioni congenite, setticemia, sifilide ereditaria, ecc.

Nella seconda parte, per ogni malattia della seconda infanzia, sono proposte soltanto le cure che hanno fatto la loro prova, lasciando gran parte ai mezzi terapeutici più recenti (sieri, vaccini, agenti fisici).

Si troveranno in questo libro, presentati in forma originale dei quadri clinici d'insieme, che riuniscono le diverse manifestazioni della tubercolosi infantile, del reumatismo e delle sue sequele, delle nefriti acute, ecc. Il lettore assiste in tal modo all'evoluzione della malattia e trova per ogni tappa delle indicazioni terapeutiche precise.

fil.

(1) **Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.**

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Il V Congresso di Igiene.

(Roma, 12-17 ottobre 1927).

È stato solennemente inaugurato in Roma, con l'intervento di S. E. Bodrero, in rappresentanza del Governo, del conte D'Ancora, Vice-governatore di Roma e di un folto pubblico fra cui si notavano numerose e spiccate personalità della scienza medica e dell'igiene.

Nelle sedute si sono trattati temi di grande importanza per l'igienista. Si è avuta dapprima la relazione del prof. A. Sclavo su *Igiene e lavoro*, in cui l'O. ha messo in rilievo il grande valore igienico della legislazione italiana sul lavoro, ricordando l'importanza della Carta del Lavoro e proponendo la fondazione di un grande Istituto superiore per la preparazione dei medici igienisti alle amministrazioni pubbliche.

Un argomento di grande interesse ha trattato il prof. F. Abba sull'*Approvvigionamento del latte*. Ha rilevato le nostre deficienze, sia per quanto riguarda la quantità di latte, che è assai scarsa in confronto di quella consumata da altre nazioni, sia per le condizioni di raccolta e di distribuzione, che lasciano molto a desiderare. Propone quindi diversi rimedî che dovranno servire per la soluzione dell'assillante problema. Specialmente Milano e Roma sono alla testa di questo movimento in prò del latte.

Attualmente il consumo giornaliero di latte è di litri 90,000 per Roma, di 125,000 per Torino e di 170,000 per Milano. La produzione annua per tutta Italia è di 50 milioni di ettolitri (40 di latte bovino, 8 pecorino, 2 di specie diverse), forniti da 4 milioni di vacche lattifere, da 8 milioni di pecore, da un milione e mezzo di capre, da 10,000 bufale. Il valore venale di tutto il latte prodotto annualmente raggiunge la cifra di circa sei milioni di lire.

Di grande attualità è stato il tema svolto dal prof. G. Pecori, sulla *Vaccinazione antitifica*. L'esperienza di molti anni e specialmente della guerra ha dimostrato l'efficacia della vaccinazione fatta con idrovaccini; essa presenta però alcuni inconvenienti, per cui non è da ritenersi utilizzabile che per particolari collettività, come per l'Esercito, ma non è sempre consigliabile per la generalità della popolazione. Scevro da inconvenienti appare invece il lipovaccino, di cui però è discutibile l'efficacia. Di facile applicazione e bene accetta è la vaccinazione per via orale con il metodo Besredka, la quale è stata larghissimamente applicata (Milano ne ha dato ultimamente 70,000 dosi) senza inconvenienti di sorta e, sembra, con successo. È ad essa che si dovrà ricorrere per la popolazione civile, senza però che si ritenga conveniente di estenderla alla generalità della popolazione da imporla come si fa per quella antivaiuolosa.

Su questo tema ha preso la parola il prof. O. Casagrandi per far presente all'Assemblea l'oscurità che tuttora regna sulla epidemiologia della febbre tifoide, a proposito della quale l'O. ha riferito alcuni suoi studî interessanti, che lasciano intravedere l'esistenza di stadî non visibili del bacillo del tifo e dimostrano la funzione che, nella sua diffusione, possono avere alcuni esseri viventi nelle acque (Amebe, Beggiatoe).

Un altro problema del massimo interesse per i centri urbani è quello dello *Smaltimento delle immondizie*, trattato in collaborazione dall'ing. Rodella e dai dottori Pulcher e Gabbano.

Il primo ha svolto il problema dal punto di vista tecnico, dimostrando anzitutto la necessità per l'Italia di utilizzare le immondizie per l'agricoltura, sicchè sono da escludere per noi i sistemi di distruzione delle stesse, anche in considerazione dello scarso contenuto in carbone delle nostre immondizie (di cui sono invece ricche quelle di centri dell'estero), che ne renderebbe assai oneroso l'abbruciamento. Diversi sono i sistemi in uso per la utilizzazione agricola, dopo trasformazione, fra cui quello delle celle Beccari-Gasperini e quello del dott. Grasselli. Un grande progresso si è compiuto con l'uso di macchine trituratrici, che sembra realizzino il sistema più conveniente. La macchina trituratrice è costituita essenzialmente da un insieme di martelli multipli ed articolati, che vengono mossi con grande velocità (1000 colpi al minuto) e sminuzzano i rifiuti, riducendoli ad una sorta di terriccio.

Tale macchina è attualmente in uso nel Comune di Genova e con essa sono state fatte diverse esperienze.

Sulla parte igienica del problema ha riferito il dottor Pulcher, il quale ha messo in rilievo la relativa innocuità delle spazzature, in riguardo alle quali però non si deve disconoscere la possibilità di costituire un pericolo, specialmente perchè favoriscono la riproduzione delle mosche e dei ratti.

Il dott. Gabbano ha poi riferito sulle ricerche chimiche da lui eseguite sulla spazzatura bruta e triturata, con le quali egli ha dimostrato che con tale trattamento, la spazzatura subisce una diminuzione di peso del 10-12% e di volume del 40%, ed importanti modificazioni chimiche, che la rendono un materiale ottimo per l'agricoltura.

Da ultimo il dott. Escalar suscitò l'entusiasmo del pubblico con una calda esposizione sulla fattiva cooperazione della *Scuola rurale nella lotta antimalarica nell'Agro Romano*.

Numerose le visite, in cui i congressisti ebbero campo di ammirare le varie opere di assistenza del Governatorato di Roma (Istituto per l'Addenoidismo, Dispensario antitubercolare, Brefotrofio, Preventorio Maraini, ecc.). *fil.*

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 20 maggio 1927.

Presidenza: E. ALFIERI, presidente.

Glicemia ed iniezioni endovenose di acqua di mare.

A. RABBENO. — L'acqua di mare, iniettata nelle vene a conigli, mentre determina un esaltamento dei processi ossidativi dell'organismo, un maggio-

re consumo degli idrati di carbonio, una glicosuria, di modico grado, non muta il tasso glicemico del sangue, nè subito dopo l'iniezione, nè dopo alcune ore, nè dopo 1-2 giorni. Mentre i sali, introdotti in circolo, da soli, in soluzioni fisiologicamente equilibrate, nell'acqua di mare, in cui essi sono contenuti nelle proporzioni molecolari dei liquidi organici, accelerano sempre le combustioni, dimostrano una diversa azione dinamica sulle ossidazioni delle proteine, dei grassi, degli zuccheri. Da soli sembra determinino soprattutto un aumento del ricambio azotato; quando l'azione tossica dei singoli sali è antagonisticamente neutralizzata, come nell'acqua di mare, non si ha disintegrazione cellulare, i tessuti bruciano soprattutto idrati di carbonio, i quali, sono reintegrati dai depositi, per cui il tasso glicemico del sangue non varia.

Sul meccanismo chimico della reazione nera di Golgi.

A. MOSCHINI. — Secondo l'O. la reazione è con tutta probabilità basata sul potere riducente dei tessuti che, fissando dell'ossigeno tolto al bicromato potassico, trasformerebbero questo sale nel corrispondente cromito.

Quest'ultimo è una sostanza molto instabile, che praticamente si può considerare come una miscela di sesquiossido di cromo e di potassa caustica.

Nella reazione cromo-argentica l'ossido d'argento (originatosi per azione della potassa caustica sul nitrato d'argento) verrebbe ridotto dal sesquiossido di cromo ad ossidulo di color nero, mentre nella reazione al sublimato dal bicloruro di mercurio, per azione della potassa caustica, si formerebbe dell'ossido mercurico, il quale — ridotto dal sesquiossido di cromo a mercurio metallico — col sublimato in eccesso darebbe luogo alla formazione di calomelano.

Seduta del 24 giugno 1927.

Recurrens o malaria?

BRAVETTA E. — L'O. riferisce su venti casi di paralisi progressiva curati con la inoculazione della febbre ricorrente africana da Spirochaeta Duttoni. Confronta i risultati ottenuti con questa cura nel Manicomio di Novara, con quelli precedentemente avuti con la cura malarica nel Manicomio di Mombello; e dopo avere ricordato gli elementi favorevoli e quelli sfavorevoli dell'uno e dell'altro metodo, conclude per la superiorità della cura malarica, almeno nelle nostre condizioni.

Acrodeformazioni nella encefalite epidemica.

BRAVETTA E. — L'O. riferisce su due casi di notevole deformazione delle mani e dei piedi osservati nel decorso della encefalite epidemica, a distanza di parecchi anni dall'inizio della malattia. Annovera queste acrodeformazioni tra i postumi tardivi della encefalite e, per quello che riguarda la loro patogenesi, si dimostra propenso a ritenerle di natura neurotrofica, in relazione ad un probabile complesso disturbo endocrinico.

Seduta del 15 luglio 1927.

Eritremia acuta a tipo pernicioso con fenomeni di porpora emorragica.

OMODEI ZORINI ATTILIO. — L'O. descrive un caso a decorso mortale di anemia perniciosa acuta con presenza in circolo di numerosissime cellule megaloplastiche e promegaloplastiche e con manifestazioni imponenti di diatesi emorragica sotto forma di una vera e propria porpora sintomatica.

Grave quadro anemico in atrofia gialla acuta del fegato.

OMODEI ZORINI ATTILIO. — L'O. ha osservato un caso di atrofia gialla acuta del fegato, controllato anatomicamente e istologicamente in un giovane di 25 anni che presentava contemporaneamente una grave anemia a tipo secondario con presenza in circolo del 35 % di forme eritroblastiche. L'eziologia era sconosciuta.

Ricerche sulla fisiopatologia e sul chimismo respiratorio in ammalati di tubercolosi polmonare trattati con la frenicoexeresi.

OMODEI ZORINI ATTILIO. — L'O. ha eseguito ricerche sul quoziente respiratorio e il metabolismo basale in 11 malati di tubercolosi polmonare trattati con la frenicoexeresi. Ha trovato che mentre il quoziente respiratorio è inferiore alle norme, il metabolismo basale è per lo più esagerato nei tubercolosi, sia pure apirettici e senza note di ipertiroidismo. Nei casi favorevoli, *siano essi o non siano trattati con la frenicotomia*, i valori del quoziente e del ricambio respiratorio tendono alla norma.

Il comportamento dei globuli bianchi nella eresipela.

Dott. GIOVANNI CALLERIO. — L'O. nel sangue di sette eresipelatosi ha potuto osservare che: nell'eresipela si ha una leucocitosi assoluta che segue in generale la curva della temperatura; durante la convalescenza l'aumento dei leucociti è indice di una ricaduta.

La formula leucocitaria presenta un notevole aumento dei granulociti neutrofili, specie nei casi gravi; contemporaneamente si nota una diminuzione dei linfociti ed in parte anche degli eosinofili.

La leucocitosi non diminuisce sempre con la defervescenza, ed alle volte si mantiene dopo 4-5 giorni dalla scomparsa della febbre. In que-

sti casi però la formula leucocitaria tende già ad avvicinarsi ai valori normali.

Il numero dei linfociti nella convalescenza non è aumentato; il ritorno alla formula leucocitaria normale indica per lo più la guarigione del processo morboso.

La narcosi eterea in alta montagna.

A. RABBENO. — Esperimenti eseguiti a 3000 m. (Colle d'Olen) ed al piano (Padova), facendo inalare a conigli e topi, etere etilico, e facendone variare la concentrazione nell'aria respiratoria, mercè l'uso di soluzioni di olio-etere; hanno dimostrato che l'etere è più tossico in alta montagna. Quivi il tempo di risveglio è più rapido (maggiore eliminazione dell'anestetico, per il più basso punto di ebullizione, per la maggiore meccanica respiratoria). Per raggiungere la narcosi o per ottenere l'esito letale, occorre in alta montagna, una maggiore concentrazione dell'anestetico nell'aria. Il fatto che in alta montagna è necessaria una soluzione olio-etere più ricca in etere, che al piano, dipende da variazioni nella distribuzione dinamica o in quella statica dell'etere nell'organismo. L'ipereccitabilità dei centri nervosi, l'acidosi, la lipemia e la ipercolesterinemia, che si notano alle alte quote, sono fattori che possono, in parte, dar ragione dell'aumentata tossicità dell'etere nell'aria rarefatta.

Sull'azione vitaminica dell'olio di oliva irradiato coi raggi ultravioletti.

RIGOBELLO GUIDO. — L'O. ha sperimentato l'olio d'oliva irradiato su ratti giovanissimi tenuti a dieta rachitogena. Ha riscontrato mediante la osservazione della pesata, l'esame radiologico, il dosaggio del calcio e del fosfato Jone nelle ceneri, che l'aggiunta di olio di oliva irradiato coadiuva parzialmente l'aumento del peso, stimola invece intensamente l'ossificazione e determina nelle ossa la presenza di un quantitativo di calcio e fosforo pressapoco uguale a quello contenuto nel ratto normale. Questo quantitativo confrontato con quello del ratto a dieta rachitogena pura o addizionata di olio di oliva non irradiato si presenta in un rapporto del 25 % o del 30 % più forte nei rispetti del calcio e con percentuale sensibilmente maggiore anche pel fosforo.

Perciò mediante l'irradiazione coi raggi ultravioletti si promuove la formazione nell'olio di oliva, di un fattore calcio fissatore e comunque calcio regolatore equilibrante il rapporto calcio fosfato Jone.

Seduta del 22 luglio 1927.

Sulle fibre a ghirlanda del cervelletto negli uccelli.

Dott. G. QUARTI. — L'O. dimostra, usando del metodo di Marchi, che anche nel cervelletto degli uccelli, e particolarmente nel piccione sul quale compì le sue ricerche, esistono delle connessioni a distanza fra le diverse lamine cerebellari, in modo da costituire della corteccia un tutto strettamente associato. Ledendo anche una sola lamina superficialmente, e non oltre le cellule di Purkinje, si vedono degenerazioni in tutte le altre lamine, più abbondanti in quelle contigue alla lesione, e specialmente in quelle rostrali e nella parte centrale del verme. Topograficamente le degenerazioni occupano lo strato delle fibre a ghirlanda dello Stilling, e come per i mammiferi, dati i reperti, ammette verosimile l'ipotesi che tali fibre derivino dalle cellule di Purkinje. Dott. FRANCESCO RICCI, *segretario*.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 23 giugno 1927.

Presidenza: prof. N. LEOTTA, presidente.

Sindromi extrapiramidali tossiche da acetato talloso.

Prof. INSABATO. — L'O. descrive due casi di intossicazione da acetato talloso somministratto per ottenere la epilazione del cuoio capelluto, nei quali si rilevava una netta sindrome extrapiramidale epatolenticulare, a tipo di pseudosclerosi di Westphal-Strümpell, con presenza di alterazioni epatiche (fegato grosso e dolente); in base a questa osservazione egli avanza l'ipotesi di lavoro che l'acetato di tallio abbia un'azione elettiva sul complesso anatomo-funzionale extrapiramidale e si sente confermato in ciò anche da un caso descritto ultimamente di una sindrôme coreica da tallio. Si propone di studiare sperimentalmente sugli animali l'azione di questa sostanza tossica sui centri nervosi con ricerche fisio-patologiche ed istologiche.

Sulla inesistenza di una capsula connettivale intorno agli isolotti del pancreas.

Dott. GIRONE. — L'O. ha studiato il pancreas di vari animali allo scopo di decidere se « esiste una capsula connettivale intorno agli isolotti pancreatici ». Al relatore risulta che tale capsula non esiste e se ve ne è traccia essa è limitata ad un sol lato della formazione insulare.

Granulomatosi diffusa osteo-periosteo cutanea da monosporium apiospermum.

Prof. MARIANI. — L'O. descrive un caso di monosporium apiospermum ». È il quarto caso descritto. Si tratta di un medico, che ammalatosi vari anni or sono in modo acuto di dermatosi diffusa, linfangite e ascesso, soffre ora in modo cronico di forme nodulo gommoidi in varie parti del corpo con grave interessamento delle ossa (costole, tibie. ossa dell'articolazione omero-cubitale).

Da uno di questi noduli chiusi il relatore ha isolato il monosporium apiospermum (var-Pepere).

Un'intensa terapia di joduro potassico non dette alcun risultato e ciò ha importanza per la differenzazione colle sporotricosi. L'iniezione della cultura pura del fungo nell'animale esperimentato ha riprodotto la tipica lesione nodulo-gommoide. Infine il relatore ha preparato un vaccino che ha dato reazione intensa generale e di focolaio ciò che ha portato all'infermo notevole giovamento. Come ricerca sierologica il prof. Mariani sta ora studiando la deviazione del complemento.

Seduta del 7 luglio 1927.

Presidenza: prof. N. LEOTTA, presidente.

Sulla vaccinazione anticarbonchiosa per via cutanea, sottocutanea, intramuscolare, endoperitoneale.

Prof. NERI. — L'O. ricorda le sue precedenti ricerche, delle quali tenne a suo tempo un'altra comunicazione all'Accademia e dalle quali risulta evidente che non esiste il dermotropismo del bac. carbonchioso vantato da Besredka e che tutti i tessuti permettono l'attecchimento di detto bacillo. Le attuali ricerche sono logica conseguenza delle prime e riguardano le proprietà immunizzanti dei vari tessuti. Dopo aver esposta la tecnica originale impiegata, conclude dicendo che lo stato di immunizzazione attiva efficiente di fronte al bac. del carbonchio non è esclusivamente legato, come vuole Besredka, alla cute, ma ogni tessuto può determinare quello stato, pur riconoscendo che la cute dà i migliori risultati, poi segue il sottocutaneo, i muscoli e il peritoneo, che dà il peggior rendimento agli effetti della vaccinazione.

Sulla gravidanza senza amenorrea.

Prof. GAIFAMI. — L'O. si occupa dell'assenza assoluta di amenorrea in gravidanza, fatto che ha osservato in 10 su 45 casi di gravidanza extrauterita capitati nella Clinica Ostetrica di Bari ed illustra al proposito numerose proiezioni grafiche. Questo argomento si presta ad importanti considerazioni di ordine pratico e dottrinario riguardo i rapporti intercorrenti fra ovulazione e mestruazione.

La tiroide nella resezione bilaterale del ganglio cervicale inferiore del simpatico. Nota preventiva.

Dott. TRINCHERA. — Mentre che numerosi autori si sono interessati dei rapporti fra ganglio sup. e tiroide, al relatore risulta che scarsissimi autori si siano occupati dei rapporti fra tiroide e ganglio cervicale inferiore (Kiyono). Egli conclude che dopo la resezione dei due gangli cervicali inferiori la tiroide aumenta di peso e presenta i segni istologici di una iperplasia epiteliale che in alcuni punti trasforma completamente la normale trama istologica della ghiandola; oltre questo trova accumuli di linfociti. L'O. interpreta questi fatti come uno stato di iperfunzionalità della tiroide e ne dà la dimostrazione avendo rilevato aumento del metabolismo basale che nei cani operati si comporta appunto come negli stati iperfunzionali tiroidei. Il relatore si ripromette di studiare quindi i rapporti fra vago e tiroide.

Sulla colecistografia.

Dott. NISIO. — L'O. comunica le sue ricerche sperimentali eseguite sui cani sulla colecistografia mediante la tetrajodofenolftaleina, il bromuro di sodio e l'olio iodato. Della tetrajodo rileva i pregi e, particolarmente, i pericoli. In un cane morto in seguito all'iniezione di questa sostanza in dose tossica ha osservato nel fegato lesioni istologiche tali che fanno supporre essere la tetrajodofenolftaleina un veleno ad azione emolitica. Conclude col ritenere che questa è la sostanza che dà i risultati più fecondi e che la colecistografia può divenire un metodo pratico solo se la tetrajodo somministrata per os riesca efficace ed eviti i gravi accidenti generali e locali cui essa conduce di frequente con la somministrazione per via intravenosa da tutti consigliata.

Azione piastrinolitica e piastrinopoietica della milza. Ricerche sperimentali.

Dott. F. ROSSI. — L'O. ha voluto indagare l'azione piastrinolitica e piastrinopoietica della milza facendo la ricerca numerica comparativa fra sangue dell'arteria e della vena splenica. Ha esperimentato su cani normali, su cani trattati con siero piastrinolitico e su conigli sottoposti all'asfissia con anidride carbonica, la quale determina una piastrinosi. Dai fatti osservati ha creduto di poter trarre le seguenti conclusioni: *a*) la milza ha un'azione piastrinogenetica; *b*) la milza non ha in sito un'azione piastrinolitica; *c*) crede che la piastrinolisi avviene in circolo.

Irradiazione dell'ipofisi e genitali femminili.

Dott. REVOLTELLA. — L'esperienza clinica insegna che numerosi rapporti funzionali esistono tra ipofisi e genitali e anche nel caso speciale dell'irradiazione dell'ipofisi si è visto persino che questa può determinare regressione nei fibromi dell'utero.

Lo studio sperimentale dell'argomento non porta però una conferma a questi dati clinici perchè l'esame istologico dell'utero e dell'ovaio non ha lasciato rilevare dopo irradiazione dell'ipofisi, alterazioni di sorta. Ciò fa concludere al relatore che in seguito alle irradiazioni dell'ipofisi negli organi genitali femminili nessuna fase anatomica corrisponde alle alterazioni funzionali.

C. ROSSI, *segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

La curva termica biascellare.

È antico il concetto che le lesioni polmonari tubercolari presentino una differente curva termica tra le due ascelle.

M. Solito (*Giorn. Clinica Medica*, f. XVII, 10 dicembre 1926) ha ripreso l'argomento, ricercando la differenza termica biascellare nei pleuritici e nei tubercolotici polmonari.

Nella pleurite essudativa specifica unilaterale la curva termometrica biascellare si può presentare sotto due tipi: 1° si può avere una costante prevalenza della temperatura ascellare del lato malato; 2° vi può essere la prevalenza, ma non costantemente.

La differenza tra le due ascelle oscilla da un decimo ad un grado circa.

Nelle forme bronco-polmonari specifiche unilaterali le curve termometriche biascellari sono molto incostanti; si nota tuttavia una certa instabilità con oscillazioni ampie nella curva del lato malato.

Non è stata riscontrata la prevalenza di temperatura del lato affetto.

La differente temperatura biascellare può essere condizionata a due fattori: 1° vaso-dilatazione arteriosa di origine centrale o periferica; 2° calore propagato da un focolaio termogeno sottostante.

Questa ultima ipotesi era la più accettata.

Il Solito ha voluto riprendere tale argomento; ha notato che impedendo la dispersione di calore dell'ascella mercè mezzi impermeabili, la differenza termometrica biascellare spariva; tale differenza quindi sarebbe espressione d'un turbamento vasomotorio. E perchè le lesioni specifiche producono alterazioni del sistema simpatico, si possono considerare le differenze termometriche biascellari come alterazioni vasomotorie del sistema nervoso vegetativo.

La instabilità termica potrebbe essere considerata come un mezzo utile di diagnosi precoce di lesione specifica, mentre che nelle pleuriti la temperatura biascellare ha scarsa utilità clinica.

La temperatura esatta nelle affezioni toraciche specifiche unilaterali è data dall'ascella del lato sano.

CARUSI.

L'ascoltazione del piloro.

N. Fiessinger (*Journ. des Pratic.*, 18 giugno 1927, p. 411) ritiene che l'ascoltazione del piloro possa rendere utili servigi in molti casi. Come tecnica ci si deve servire di uno stetoscopio biauricolare a larga superficie, munito di membrana e con tubi di gomma molto molli. Il tamburro va applicato a destra e un po' in alto e in fuori dell'ombelico, mentre il malato deve restare supino ed a muscoli del tutto rilasciati. L'osservazione deve essere prolungata.

Fisiologicamente quando lo stomaco si vuota si avverte un rumore che l'A. chiama di *ejaculazione pilorica*. Esso comincia debole, si accresce, e cessa poi bruscamente, dura in tutto due o tre secondi. Questo rumore si provoca con facilità nel periodo digestivo mediante un piccolo e brusco colpetto sul corpo dello stomaco. Il medico può dedurne lo stato di ipertonia, atonia o distonia gastrica. Nella sindrome di distonia gastrica studiata dall'A. si può provocare questo fenomeno 6 ore dopo il pasto, il che indica un rallentato vuotamento. Negli stomaci atoni i rumori sono assai distanziati, non hanno l'energia, nè la lunghezza dei rumori normali. Si possono anche percepire altri due fenomeni: il *rumore di bolla* e il *silenzio pilorico*.

Il rumore di bolla consiste nel fatto che, mentre si vedono disegnarsi assai bene sulla parete le onde peristaltiche gastriche, poi il rumore di ejaculazione pilorica è sostituito dallo scoppio di varie bolle di differente grandezza. Questo fatto si ha in certi restringimenti incompleti del piloro; spasmi, cicatrice di ulcera, indurimento flogistico.

Il *silenzio pilorico* consiste nell'assenza di ogni rumore normale o patologico, e si ha in stomaci molto atoni. Si stia però attenti che in questi il rumore pilorico può prodursi molto tardi, quindi si deve prolungare l'ascoltazione prima di concludere.

L. TONELLI.

La diagnosi radiologica delle ulceri peptiche.

Nei casi più favorevoli, l'ulcera può essere nettamente visibile, formando una prominenza che si distacca sul profilo dello stomaco; la condizione si verifica frequentemente nei casi di ulcera della parete posteriore, mettendo il malato in posizione obliqua o laterale; l'ombra viene precisata con l'uso della pappa baritica.

Le indicazioni indirette che può dare la radiologia (ritenzione del pasto di sei ore, stomaco a vetro d'oroogio, ipotono, peristaltismo anormale) possono avere altre cause che l'ulcera, ma, associate ai sintomi clinici, possono avere grande valore, specialmente nei casi di erosione della mucosa o di ulcera in vicinanza del piloro.

Come osserva Russel, D. Carman (rif. in *Paris médical*. 25 dic. 1926) le lesioni gastriche possono venire differenziate da quelle estrinseche mediante la somministrazione di un antispasmodico; lo spasmo persiste se la lesione è gastrica.

L'ulcera carcinomatosa, se è di piccole dimen sioni, non si distingue facilmente dalle altre; invece le grandi ulceri, superiori ai cm. 2,5 di diametro devono fare sospettare il carcinoma. L'ulcera del duodeno può pure rivelarsi direttamente sebbene generalmente di piccole dimensioni; un'ulcera della parte anteriore o posteriore può talora diventare visibile se si appoggia leggermente con la mano sul bulbo.

Un altro dei segni radiografici dell'ulcera è la deformazione costante del bulbo. Una sola prova radiografica può talvolta indurre in errore se la torsione del duodeno è dovuta ad altre cause; ma un esame approfondito, con la pressione della mano sul bulbo duodenale fa comparire nettamente la causa della deformazione.

Altri sintomi indiretti dell'ulcera duodenale possono manifestarsi nello stomaco; l'ipertonicità dello stomaco è un segno di ulcera senza ostruzione, in quanto che questa produce una dilatazione gastrica.

fil.

CASISTICA.

L'appendicite durante la gravidanza.

R. Bustos Morón (*Prensa Méd. Argent.*, n. 35, maggio 1927) dà le indicazioni del comportamento del medico in casi di appendicite in gravidanza.

La gravidanza può acutizzare o risvegliare un processo appendicitico; conviene operare le appendiciti croniche nelle donne in periodi di attività sessuale, per evitare l'acutizzazione del processo con la gestazione.

Durante la gravidanza la prognosi dell'appendicite è più grave, specie nella seconda metà; si aggrava ancora se l'appendicite coincide col parto, o si presenta dopo l'appendicectomia.

L'appendicite di frequente provoca l'interruzione della gravidanza, con la morte del feto.

Per la ricerca dei sintomi dell'appendicite durante la gravidanza, ricordare che il cieco e l'appendice subiscono uno spostamento per l'utero ingrossato.

L'appendicite durante la gravidanza va operata precocemente, prima che si esplichi il parto; se questo s'è iniziato, intervenire per espletarlo rapidamente, e poscia ricorrere alla laparotomia.

Se v'è ascesso appendicolare in coincidenza col parto, non tener conto se si sia iniziato il travaglio, aprire l'ascesso, proteggerlo alla meglio, disinfettarsi, e provocare l'isterectomia vaginale, con vuotamento dell'utero. In questi casi il feto di regola è perduto. Se il parto non è iniziato, vuotare l'ascesso, e procurare di far continuare la gravidanza.

CARUSI.

Vomiti incoercibili della gravidanza e insulina.

Thalheimer (*Surgery Gynec. Obst.*, Chicago, agosto 1924) ha consigliato l'uso dell'insulina nei vomiti incoercibili della gravidanza.

Vari casi sono stati già citati di risultati favorevoli. Rathery e J. Marie (*Bull. et Mém de la Soc. des Hôp.* 9 giugno 1927, p. 842) citano un caso in cui avrebbero avuto ottimi risultati. Nel corso della gravidanza con vomiti incoercibili esiste una acidosi che cede alla cura insulinica mentre i vomiti scompaiono. Mentre si dà l'insulina si deve somministrare del glicosio o per via rettale a goccia a goccia, o per via endovenosa.

L. TONELLI.

Gozzo esoftalmico e gravidanza.

R. Mussey, W. Plummer e W. Baothby (*Journ. A. M. A.*, 25 settembre 1926) hanno osservato che nel gozzo esoftalmico e nell'adenoma con ipertiroidismo non è necessario interrompere la gravidanza. Questa e il parto decorrono regolarmente, di solito, e la cura della malattia può essere pure proseguita regolarmente. Vero è però che di rado le donne basedowiane rimangono incinte.

DORIA.

Quattro casi di osteomi orbito-etmoidali con complicazioni intracraniche.

H. Cushing (*Surg. Gyn. Obst.*, 1927) osserva che l'osteoma orbito-etmoidale è un'entità patologica assai rara. Virchow che primo lo studiò esattamente, riportò i pochi casi isolati descritti da Rokitasky, Paget, Baillie, Knapp. Una statistica di Andrews su 500,000 casi degli ospedali oftalmici di Nuova York ne riporta solo 8 esempi. Solo recentemente ne sono stati pubblicati altri casi dai radiologi.

Malgrado si tratti di una neoformazione benigna, clinicamente dà luogo ad una sindrome grave per la sua tendenza ad invadere la cavità cranica dove può assumere notevole proporzione e dà i sintomi comuni di tumore endocranico. Inoltre per il ristagno delle secrezioni nasali dà luogo a formazione di grossi mucoceli intracranici, per la comunicazione con il seno etmoidale a pneumatocele spesso di notevoli proporzioni che occupano gran parte della fossa cranica anteriore dal lato colpito, e a scolo di liquido cefalo-rachidiano.

Infine è facile l'infezione della cavità cranica date le comunicazioni con le cavità nasali.

Oggi, grazie alla possibilità di svelarle in tempo allo schermo radiografico hanno una prognosi migliore.

La sintomatologia varia notevolmente da caso a caso. E più costanti sono i disturbi oculari: esoftalmo, paralisi del III, riduzione del campo visivo, emianopsia, ecc. Possono poi aversi di sturbi sia a carico dei centri dell'ideazione e della coordinazione, sia di quelli motori corticali, e in genere i disturbi da aumento di compressione endocranica.

L'intervento, se condotto opportunamente, dà risultati buoni. È peraltro opportuno di porre la diagnosi esatta in precedenza dell'atto operatorio, giacchè il considerarli come tumori endocranici, o delle meningi, o della sostanza cerebrale induce il chirurgo ad aggredirli per via endocranica che è assai pericolosa: in tal modo Cushing perdette 2 malati per infezione proveniente dalle cavità nasali. Usando invece la via transorbitaria, previa enucleazione dell'occhio, l'intervento non è dei più gravi e ha dato a Cushing buoni risultati.

V. GHIRON.

Un caso di meningite tubercolare a lungo decorso.

Laignel-Lavastine, Valence e Polaco (*Bull. Soc. Méd. Hôpit.*, n. 23, luglio 1927) riferiscono un caso di meningite tubercolare durato cinque mesi. L'ottimo stato di nutrizione ed i sintomi iniziali dapprima fecero pensare che la paz. fosse una pitiatica, affetta da una forma di astasia-abasia.

In seguito si aggiunse strabismo interno S. e paresi del VI D., con qualche scossa nistagmiforme. Si pensò allora ad una encefalite epidemica, e s'iniettò salicilato di sodio endovenoso, senza risultato. Più tardi comparve la sindrome meningea, con cefalea, facili vomiti, Kernig, stitichezza, ventre a barca; disturbi vaso-motori e temperatura febbrile.

Seguì un rapido ed intenso dimagramento; lo stato mentale si mantenne lucido; il riflesso rotuleo sparì; vi fu clono del piede ed un Babinski dubbio.

L'esame del liquido cefalo-rachidiano mostrò una dissociazione albumino-citologica importante: albumina 1.50 ‰, linfociti 4. In seguito gli elementi cellulari oscillarono tra 38-36, mentre l'albumina si mantenne costante.

Il caso è interessante per il fatto che dapprima simulò una forma pitiatica, e in seguito una encefalite epidemica.

Il rapido dimagramento fece pensare ad una lesione con predominanza ventricolare, il che non fu confermato all'autopsia, in cui fu trovata una meningite tubercolare non follicolare, con reazioni infiammatorie subacute.

CARUSI.

La frattura delle dita della mano.

Dalla scoperta dei raggi X, le fratture delle dita della mano sono diagnosticate più spesso; specialmente le fratture non complicate e le lussazioni sono spesso rivelate dalle sole radiografie, le quali mostrano spesso delle fratture guarite e passate del tutto sconosciute.

La frattura tipica della falange prossimale è quella trasversa od obliqua della diafisi ed è spesso accompagnata da notevole spostamento. Siccome il gonfiore del dito è spesso considerevole, il tipo più grave di spostamento non viene riconosciuto a meno che non si faccia la radiografia, da prendersi in due piani.

La frattura della diafisi è quella tipica anche della falange media e costituisce i 2/3 delle fratture di questa parte; si hanno anche fratture della base e della testa.

Nella falange terminale, la frattura tipica è quella del processo distale prodotta da urto diretto. Si deve fare anche attenzione alla frattura, pure comune, della base della falange terminale, con avulsione del processo tendineo dorsale. Per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro, si accorda l'indennizzo nel 24,9 % delle fratture delle dita, mentre lo si dà soltanto nel 12 % delle fratture dell'avambraccio e del 14 % di quelle della gamba. Ciò dimostra che le fratture delle dita hanno una grande importanza.

Uno dei danni maggiori che si fa nella cura è quello che si provoca con l'applicazione di stecche rigide in posizione estesa, che non deve mai essere tenuta nelle fratture con spostamento. In quelle senza spostamento e nello spostamento più comune ad angolo acuto dorsale, si immobilizzerà il dito in posizione di media flessione. Dopo 7-10 giorni, si faranno delicatamente dei tentativi di movimento e ben presto si aggiungeranno i movimenti passivi e gli esercizi meccanici. Soltanto nei casi rarissimi di spostamento ad angolo ottuso sulla superficie flessoria, è necessaria la stecca rigida. Le fratture semplici con spostamento assiale e le fratture composte con spostamento sono trattate meglio con del cerotto adesivo.

(*Ztschr. f. aerztl. Fortbildung e Surgery, Gynecology and Obstetrics*, agosto 1927).

fil.

Qualche considerazione su l'uso dell'incavigliamento centrale in osteosintesi.

A. Lambotte (*Paris chirurgical*, n. 3, 1927) è mosso a scrivere sull'argomento da due casi capitati nella sua pratica, in cui di necessità, contrariamente alle sue prevenzioni, dovette praticare l'incavigliamento centrale con ottimo risultato. Questo mezzo, che, a volte, può produrre in caso d'infezione dei veri disastri, se bene usato, in casi di fratture trasversali o poco oblique, in soggetti giovani, dà ottimi risultati.

Riguardo alla tecnica, è preferibile usare dei chiodi d'acciaio, o ferro dolce, a estremità poco appuntite, aventi nel mezzo un foro per porvi una barrettina temporanea d'arresto: questo materiale è sopportato benissimo.

Per eseguire l'operazione, dopo aver scoperto il focolaio di frattura, ed aver messo ad angolo i due frammenti, s'introduce la metà della caviglia nel canale diafisario del frammento inferiore, poi raddrizzando i frammenti si fa penetrare l'altra metà entro il superiore. Per i segmenti d'arto a due ossa è necessario fare la manovra simultaneamente. Dopo l'operazione si applicherà un apparecchio immobilizzante.

Curando scrupolosamente l'asepsi e trapanando preventivamente i due frammenti a livello dell'estremità della caviglia, si possono ridurre al minimo le probabilità ed i danni dell'infezione.

V. LOZZI.

TERAPIA.

L'alimentazione rettale.

Carpenter (rif. in *Revue médicale*, 26 maggio 1927) ha fatto esperienze in proposito su 4 studenti in florida salute. Ha osservato che l'alcool, diluito al 5-10 % in soluzione fisiologica è assorbito quasi in totalità. Delle tracce minime ne compaiono nell'urina; se però l'individuo si abbandona al sonno, l'urina si arricchisce di alcool; ne risulta una diuresi marcata, diminuzione del quoziente respiratorio, aumento di frequenza del polso, maggior consumo di ossigeno.

Fenomeni analoghi si osservano con la somministrazione rettale di glucosio o levulosio, con aumento del quoziente respiratorio. Il 60-90 % del destrosio ed il 50 % del levulosio sono assorbiti dall'organismo; la soluzione di levulosio è più difficile da tenere nell'ampolla rettale. Il destrosio abbassa appena il cloruro di sodio e l'azoto urinario, che sono invece fortemente ridotti col levulosio. Entrambi questi zuccheri danno aumento della frequenza del polso; il consumo di ossigeno non è influenzato.

L'alcool è, quindi secondo l'A., l'alimento rettale per eccellenza; in minor misura, può essere utile il destrosio, che fornisce per qualche ora, all'organismo ammalato, gli idrati di carbonio che gli sono necessari; il levulosio, male tollerato, non è conveniente.

L'utilizzazione dei carboidrati introdotti per via rettale dipenderà dal comportamento del fegato. Se il « pasto rettale » si dà molto tempo dopo un altro pasto, il fegato si troverà in stato di relativo riposo e le sue funzioni non riprenderanno che dopo essere state un po' eccitate dall'azione dei riflessi digestivi.

fil.

La cura dietetica dell'anemia perniciosa.

Le cure proposte per questa malattia furono sempre assai numerose e tutte vantarono dei successi: ciò è dovuto forse in gran parte al fatto che essa presenta larghi periodi di remissioni. Tra gli altri metodi molti AA. tentarono di ottenere dei risultati con il trattamento dietetico, ma solo recentemente Minot e Murphy ebbero l'idea di somministrare del fegato di vitello o di bue in dose quotidiana di 200 gr. Essi aggiunsero anche al vitto notevole quantità di legumi verdi. I risultati sarebbero ottimi. Anche Lemaire di Louvain (*Journ. de Med. de Bordeaux*, n. 8, 25 aprile 1927) cita 4 casi personali in cui avrebbe ottenuto notevoli vantaggi: nel 1° caso, in 2 mesi si sarebbe passati dal 55 % di Hb. all'86 % e i globuli rossi sarebbero saliti da 2.900.000 a 4.500.000. Nel 2° caso si sarebbe passati da 86 % di Hb. a 74 % e i globuli rossi da 1.380.000 sarebbero saliti a 4.500.000, ecc. Sembrerebbe che i parenchimi viscerali agissero per la ricchezza in proteine e in nucleine, i legumi verdi agirebbero per il ferro e le vitamine, e forse per il loro potere di assorbimento sui tossici intestinali.

L. TONELLI.

La dieta prima e dopo le operazioni.

Bauman (*Schweizerische Mediz. Woch.* 1927, n. 13) in base alla sua esperienza consiglia le seguenti norme: 1) nelle operazioni sul capo, collo, torace ed arti, non è necessaria alcuna dieta speciale. Idem nelle erniotomie e appendicectomie, in cui sarà bene correggere solo la stipsi con tenui lassativi, mai vere purghe. Nelle grandi operazioni addominali; ernie della cicatrice, tumori, interventi sulla vescica biliare, reni, prostata, stomaco non si diano neppure lassativi ma si faccia stare il P. a dieta. Negli atti operativi sul retto o vagina si dia un purgante oleoso, due o tre giorni prima poi dieta tenue, dopo l'operazione si dia oppio per chiudere l'alvo per 5-6 giorni. Tutti i P. due o tre ore dopo l'opera-

zione devono prendere del thè o altre bevande diluite. L'A. consiglia di fare bere i pazienti dopo 4-6 ore anche se si è trattato di gastroenterostomia, (acqua di calce pura, o con thè a cucchiai). Il giorno dopo l'intervento nei casi più lievi si può dare un pasto leggero, nei più gravi thè, latte, acqua di calce e mucillagine. Dal secondo giorno tutti (!) i pazienti dovrebbero ricevere dei lassativi per facilitare lo svuotamento intestinale.

L. TONELLI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La virulenza dei pneumococchi.

I pneumococchi si trovano spesso nel cavo orale di individui che non hanno mai avuto, nè hanno poi polmoniti; si spiega questo fatto con frasi molto empiriche come con la « varia resistenza dell'ospite, e la varia virulenza del germe ». Ma questi fattori sono del tutto ignoti nella loro essenza. Solo un accurato studio sulla virulenza di molti stipiti di pneumococchi può fornire la chiave del problema.

C. H. Whittle (*British Méd. Jour.*, luglio 1927, n. 3472) misurando il potere di virulenza con uno studio accurato su ben 60 stipiti di pneumococchi ricavati a caso nei più svariati casi clinici ha ottenuto degli interessanti risultati. Egli ha trovato, per es. una serie di casi con altissima virulenza, e questo primo grado di alto potere patogeno corrisponde a pneumococchi isolati da casi di polmonite lobare. Il gruppo di virulenza subito inferiore corrisponde a pneumo cocchi isolati da casi di broncopolmonite. L'empiema poi che può essere consecutivo sia a polmonite crupale che a broncopolmonite fornisce una virulenza che copre ambedue le precedenti varietà.

I pneumococchi potrebbero essere divisi in due categorie rispetto al loro potere patogenetico: quelli di alta virulenza, determinanti entità cliniche bene note, come la polmonite crupale e la broncopolmonite, e un gruppo a bassa virulenza legati a malattie meno tipiche o che si svolgono in persone già debilitate.

Gli organismi del primo gruppo sono probabilmente diffusi per contatto, ma, come per la meningite cerebrospinale epidemica, solo una piccola parte dei contagiati ammala. I germi del secondo gruppo causano forme morbose meno gravi, meno specifiche e solo in speciali circostanze. La classificazione Americana dei pneumococchi in quattro tipi a seconda delle reazioni sierologiche non pare all'A. sufficiente a stabilire il potere patogeno del germe. I tipi I-II-III potrebbero corrispondere al primo gruppo di maggiore virulenza; ed il tipo IV al secondo gruppo meno virulento. Ma solo la classificazione secondo il grado di virulenza, giusta quanto sopra abbiamo detto può utilizzarsi per stabilire il potere patogenetico di un dato stipite.

L. TONELLI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. C. F. M., Boston:

Potranno interessare il richiedente:

MASNADA: *Emostasi epatica*. Policlinico, 1903, n. 3, pag. 80.

BALDASSARI: *Esperimenti sull'emostasi epatica*. La Clinica chirurgica, 1902, pag. 32.

TADDEI: *Ricerche sperimentali sopra un processo di emostasi per la resezione del fegato*. Gaz. degli Ospedali e delle Cliniche, 1901, n. 141, e 145, 1902.

BONANNO: *Esperimenti sulla emorragia del fegato*. Atti della Soc. It. di Chir., 1889, Ad. VI, pag. 278.

ID.: *Nuovi esperimenti sull'emostasi del fegato*. Atti della Soc. It. di Chir., 1890, pag. 158.

CLEMENTI: *Emostasi nella resezione del fegato*. Atti della Soc. It. di Chir., Ad. VII, 1889, pag. 123.

R. BRANCATI.

All'abb. n. 12193-1:

Il R. D. L. 12 maggio 1927, n. 846, che riguarda il reclutamento straordinario di 20 capitani medici e di 25 tenenti medici in S. A. sarà pubblicato fra breve appena la Corte dei Conti avrà dato il *nulla osta*.

CAS.

Macchie ungueali. — All'abb. n. 10965:

Si tratta probabilmente di leucoonichia punteggiata o « fleres unguium » o così detta *mendacia*. La cause sono ignote: forse si devono in alcuni casi a traumatismi della matrice ungueale e si raccomanda perciò di non eccedere nella « toilette » delle unghie. Per la cura non si può fare altro se non tingere le macchie con soluz. alcoolica di eosina.

V. MONTESANO.

Al dott. G. M., da C.:

Confronti: SARDMANN: *Les rayons ultraviolettes en thérapeutique*. Gaston Doin ed., 1927. Fr. 65.

PIOT: *Indications cliniques de l'électroradiothérapie*. Doin ed., 1927. Fr. 48.

GUILLAUME: *Les radiations lumineuses en physiologie et thérapeutique*. Masson ed., 1927. Fr. 40.

E. MILANI.

Al dott. P. F., da S.:

È stato annunziato che per iniziativa della Federazione Nazionale contro la tubercolosi, e della Croce Rossa Italiana si terrà quest'anno presso la R. Università un corso di tisiologia.

Nessun avviso però è stato fino ad ora pubblicato circa l'inizio di tale corso e sulle modalità per l'iscrizione ad esso.

g. m.

VARIA.

Tabacco e secrezione gastrica.

È diffusa l'opinione che il fumo del tabacco influisca sulla digestione. La letteratura medica registra un'estrema varietà di manifestazioni a cui il fumare può dar luogo, senza però determinare con precisione l'influenza sui diversi processi della digestione.

A cominciare dalla bocca, è da rammentarsi l'ipersecrezione salivare del fumatore e la presenza nella saliva di una quantità di solfocianuro potassico superiore alla media. Sono da mettersi in rapporto con questi fatti, oltre alle alterazioni catarrali della mucosa del cavo orale e faringeo con relativa compromissione dei denti, un rallentamento del potere digestivo della diastasi salivare di fronte all'amido e della pepsina gastrica verso le sostanze proteiche.

A carico dell'esofago fu accennato al possibile verificarsi di fenomeni spastici per effetto del fumare. In realtà, gli spasmi sono più frequenti nelle regioni del cardias e del piloro; tali disturbi si presentano isolati, ma si associano talvolta ad alterazioni secretive, anche a tipo accessuale, vere crisi di ipercloridria. È probabile che in questi disturbi, oltre alle lesioni dirette della mucosa gastrica, intervengono anche azioni nervose conseguenti all'intossicazione generale dell'organismo. È accertata, del resto, l'influenza del tabacco e specialmente della nicotina sulla motilità delle muscolature liace, in conseguenza dell'azione sui gangli del sistema nervoso vegetativo.

Ipersecrezione ed ipercloridria furono descritte particolarmente per il principiante, mentre nel fumatore inveterato si osservano soprattutto iposecrezione ed uno stato di vera achilia. In alcuni casi, l'anemia che accompagnava queste forme gastriche era così intensa da dare il sospetto di carcinoma gastrico.

Sembra anche accertata la possibilità che il tabacco determini un'ulcera gastrica; è un fatto che nei fumatori sono assai frequenti i dolori gastrici che, se sono talora limitati a semplice senso di pirosi, possono dar luogo a vere crisi gastralgiche accompagnate da vomito; la massima intensità viene raggiunta la sera prima del sonno od anche la notte. Per la diagnosi differenziale può servire in questi casi la sindrome descritta da Rohenfeld nei fumatori, caratterizzata dalla presenza contemporanea di fenomeni gastrici e cardiaci, tachicardia, extrasistoli, senso di angoscia e di oppressione precordiale, con dolori irradiantisi al braccio sinistro.

Meno gravi e frequenti sono le alterazioni a carico dell'intestino, che si manifestano con una forma di catarro diffuso e con fenomeni di alterata motilità, tanto più accentuati quanto maggiore è l'eccitabilità del sistema nervoso vegetativo. Ne possono seguire periodi di diarrea alternati con altri di stipsi. Non è escluso che anche nell'intestino si possano dare vere e proprie lesioni organiche, sul tipo della dispesia intermittente angiosclerotica.

Nè mancano disturbi a carico delle grosse ghiandole annesse al tubo digerente, specialmente del fegato, segnalati da dolori a tipo accessuale del tutto simili a quelli della calcolosi.

Mancano però nella letteratura delle ricerche precise sul comportamento della secrezione gastrica nell'atto del fumare. Tale studio è stato compiuto da I. Sacchetto e M. Testolin (*Minerva medica*, 31 luglio 1927) i quali hanno utilizzato diversi individui, abituati o non al fumo, determinando la quantità, i caratteri chimici ed il potere digerente del succo gastrico secreto dopo una colazione di prova tipo Ewald.

Essi hanno potuto così rilevare che, per il fatto del fumare, il contenuto gastrico presenta notevole diminuzione della sua acidità cloridrica e totale, nonchè della sua attività proteolitica.

A determinare tali alterazioni, che si hanno ugualmente anche per diretta introduzione di una soluzione acquosa di fumo, sembra che intervengano varî fattori e precisamente: a) di ordine chimico, consistenti soprattutto nella neutralizzazione di una parte dell'acido cloridrico gastrico; b) di natura anticatalitica specifica, diretti ad ostacolare l'azione proteolitica della pepsina; c) biologici, d'indole più complessa, verosimilmente nervosa, aventi per effetto l'ipoeccitazione secretoria delle ghiandole specifiche.

Tali risultati, che sono in contrasto con le vedute di altri autori, i quali ritengono che il fumo sia un eccitante della secrezione gastrica, sono di innegabile interesse per la conoscenza della fisiologia gastro-enterica del fumatore, costituendo il *primum movens* dei processi morbosi che si riscontrano a carico dello stomaco e dell'intestino dei fumatori.

fil.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXXVII. — Soppressione o riduzione degli assegni di caro viveri.

Dai dubbi che sono stati segnalati, con vari quesiti, circa l'applicazione del decreto legge 23 giugno 1927 n. 1159 risulta la opportunità di qualche delucidazione.

Con decreto legge 7 maggio 1927 n. 694 (art. 6) fu ridotto il trattamento di caroviveri al personale dipendente dallo Stato. Fu fatta allora riserva di applicare, con opportune modificazioni, analoghe norme generali al personale degli enti locali. A ciò ha provveduto il decreto legge 23 giugno 1927, il quale, con le disposizioni degli art. 1, 2, 4 e 5, ha esplicitamente considerato soltanto la situazione patrimoniale dei dipendenti che hanno *indennità o assegni di caroviveri*, anche se assorbiti nello stipendio normale. Dirò a parte dell'art. 2 che riguarda un'altra ipotesi.

Gli assegni di caroviveri, sino a concorrenza dell'importo corrispondente a quello percepito, per tale titolo, dal personale dello Stato, sono soppressi o ridotti. Questo provvedimento riguarda tutti gli impiegati degli enti locali, compresi gli enti amministrati o mantenuti col concorso di Comuni, istituzioni pubbliche di beneficenza, ecc. La indennità di caroviveri è soppressa o ridotta quale che sia la denominazione di essa, purchè si tratti di assegno, indennità o paga *per causa* di caroviveri. È evidente che questa norma non fa salvi, in nessun caso, diritti quesiti, nemmeno se la indennità di caroviveri sia stata eventualmente concessa o conservata dalla G. P. A. in occasione della determinazione degli stipendi minimi a norma dell'art. 34 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889.

La indennità di caroviveri è soppressa se l'impiegato ha un trattamento economico *complessivo* non inferiore a quello stabilito dall'ordinamento gerarchico delle amministrazioni dello Stato per il grado IV; è invece ridotta a quattro decimi o a sei decimi, se il trattamento economico non è inferiore rispettivamente a quello dei gradi settimo e decimo; è ridotta a sette decimi in ogni altro caso, cioè per il personale che ha un trattamento inferiore.

Lo stato economico che deve essere considerato allo effetto della soppressione o della riduzione o della misura di questa, si determina così: si tiene conto di ogni retribuzione, paga, emolumento, indennità anche di carattere temporaneo, *esclusi però quelli di caroviveri* fino a concorrenza dell'importo corrispondente alla somma percepita per tale titolo dal personale dello Stato. Determinato così il trattamento economico e raffrontato questo con quello dei gradi dell'ordinamento gerarchico dello Stato, ne risulta, secondo i criteri sopra esposti, se l'indennità di caroviveri debba essere soppressa o ridotta e in quale misura.

Per evitare che l'impiegato ammogliato e con prole, se fruisce di un trattamento di caroviveri uguale a quello degli impiegati che non hanno persone a carico o che ne hanno una soltanto, venga assoggettato a riduzione maggiore di quella degli impiegati con minori oneri o senza oneri di famiglia, è stabilito che qualora gli assegni siano corrisposti in cifra fissa, senza variazione in dipendenza del numero delle persone componenti la famiglia, di queste non si tiene conto agli effetti delle riduzioni stabilite.

L'art. 2 prevede una situazione diversa: assegno di caroviveri già assorbito o consolidato nello stipendio normale. In tal caso, per stabilire il trattamento economico complessivo, agli effetti sopra indicati, si tiene conto della quota assorbita fino alla concorrenza di L. 780. La quota residuale — e soltanto questa — sarà invece considerata come assegno di caroviveri e soggetta a soppressione o a riduzione secondo i criteri sopra stabiliti.

Fuori dei casi come sopra regolati, se cioè l'impiegato non ha assegno di caroviveri nè distinto dallo stipendio nè assorbito da questo, l'importo *degli stipendi normali* e di ogni altro emolumento sarà ridotto della quota fissa di L. 25, non oltre però il ventesimo degli assegni di carattere continuativo goduti dal personale. Questa è la ipotesi regolata dall'art. 3.

Le riduzioni si applicano preliminarmente sugli assegni non computabili ai fini della pensione o di altro trattamento di quiescenza o assicurativo, e ciò per evitare possibilmente ripercussioni sul trattamento di quiescenza.

All'applicazione di queste norme provvede il Podestà. Contro la deliberazione di esso, è ammesso ricorso al Prefetto, il quale provvede definitivamente, cioè con deliberazione soggetta al rimedio del ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale nel termine di giorni sessanta dalla notificazione o al ricorso straordinario al Re nel termine di giorni 180.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

XXXVIII — Dimissioni per abbandono volontario dell'ufficio.

Si ammette generalmente che anche gli impiegati degli enti locali possano essere dichiarati dimissionari per volontario abbandono dell'ufficio. Ma il comportamento dell'impiegato deve esser tale da far presumere la volontà di abbandonare il posto o è sufficiente la volontarietà del fatto delle assenze non giustificate? Talvolta è stata accolta la prima tesi, essendosi ritenuto che la dimissione abbia la sua base in una presunzione di volontario abbandono dell'ufficio. Si ritiene però prevalentemente che basti la *volontarietà del fatto*, che cioè l'impiegato si allontani dal posto o non riprenda servizio senza giustificato motivo. Ma poichè anche in tal caso la dimissione d'ufficio ha per logico e necessario presupposto la volontarietà del fatto, il provvedimento è illegittimo qualora le assenze siano determinate da motivi giustificati, mancando in tal caso la base di fatto e giuridica sulla quale l'istituto della dimissione d'ufficio si fonda. In sostanza, c'è una violazione del dovere della continuità del servizio. A rigore si dovrebbe procedere disciplinarmente. Ma ormai è entrata nella legislazione e nella pratica la così detta « dimissione d'ufficio ».

La IV Sezione del Consiglio di Stato, applicando il principio che presuppone la volontarietà del fatto, ha soggiunto che mentre incombe all'impiegato l'obbligo di giustificare le sue assenze, nei limiti della possibilità di farlo adeguatamente (per es. certificati medici in caso di malattia), l'amministrazione ha un solo modo per non prestar fede ai motivi che giustificano le assenze: opporre prove a prove, cioè — nel caso di infermità — procedere mediante visita sanitaria fiscale all'accertamento della verità. Ma non può essa presumere l'inesistenza della malattia nemmeno se il comportamento del suo dipendente, nel passato, possa far giudicare che il motivo di malattia sia un pretesto « poichè in materia in cui è in giuoco l'avvenire di un impiegato, non si può dall'amministrazione procedere per semplici indizi o presunzioni, ma deve per l'accertamento della verità adoperarsi l'unico mezzo idoneo e congruo, che nel caso di addotte infermità è quello della visita sanitaria fiscale ». Questa decisione si riferisce al caso di un insegnante. Il principio generale però riguarda le dimissioni d'ufficio, in genere

XXXIX. - Concorso: prova della idoneità fisica

Anche gli invalidi di guerra sono obbligati a dimostrare, qualora concorrano ad un pubblico impiego, la loro idoneità fisica al posto al quale aspirano, mediante certificato di sana e robusta costituzione. Non può all'uopo essere sufficiente un certificato prodotto in base alla legge 21 agosto 1921 n. 1312, concernente la invalidità. Nel caso così deciso dalla V Sezione del Consiglio di Stato, con sentenza 28 gennaio 1927 n. 28, il concorrente aveva esibito un certificato nel quale si accennava a malattia polmonare e si asseverava la idoneità al posto perchè si considerava che quella malattia non potesse pregiudicare la salute dei compagni di lavoro. Ma la V Sezione ha ritenuto insufficiente quel certificato, essendo necessaria l'attestazione di sana e robusta costituzione fisica.

XL. — Soppressione apparente di posto.

Si può ritenere fittizia e diretta a liberarsi della persona del titolare la soppressione di un posto quando, con altro nome ma con identica attribuzione e con gli stessi emolumenti a carico dell'ente, il posto rivive nell'organico dell'ente stesso. Ciò non si verifica quando, per es., essendo state attribuite ad un impiegato dipendente da altro ente (direttore dell'ospedale) le funzioni di medico di un ospizio di mendici, la riforma produce nei riguardi dell'ospizio stesso quei vantaggi di riduzione di spesa per i quali la soppressione è stata deliberata.

Prescindendo dal caso concreto, così risoluto dalla V Sezione del Consiglio di Stato con decisione 29 aprile 1927 n. 205, non è inutile avvertire che, agli effetti della simulazione di un provvedimento di soppressione, non è necessario che sotto altro nome il posto sia praticamente conservato con identità assoluta di attribuzioni e di spesa L'esame che si deve fare, caso per caso, attiene ad un campo più vasto, dovendosi tener conto di tutti gli elementi del provvedimento e, quanto alla identità del posto, dovendosi considerare le attribuzioni essenziali. Se, per es., risultassero modificazioni accessorie o una lieve diminuzione di spesa, (elementi preordinati probabilmente al fine stesso della dissimulazione), non si potrebbe opporre la diversità formale e non essenziale per far ritenere che si tratti di un posto nuovo. Generalmente, anzi, è da ritenere che, se le attribuzioni fondamentali siano conservate e il posto non cambi natura e non acquisti importanza tale od obbietto così diversi da richiedere una speciale capacità, la modificazione non renda necessario il licenziamento del titolare, per la nomina di altro impiegato che abbia requisiti corrispondenti al nuovo posto, e perciò non basti una riforma siffatta a legittimare il licenziamento, tanto più se il titolare del posto modificato e apparentemente soppresso, dichiari di accettare quello formalmente nuovo, con le modificazioni stabilite, salvo a giudicare della legittimità di queste.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Associazione della Stampa Medica Scientifica Italiana.

Il 21 ottobre, in una sala dell'Università di Parma, si sono adunati i rappresentanti della stampa medica periodica.

Per i direttori e redattori erano presenti: Arnone prof. G. (*Coltura Medica Moderna*); Ascoli prof. V. (*Policlinico* e *Cuore e Circolazione*); Campanacci dott. T. D. (*Rivista di Biologia*); Castellino prof. N. (*Folia Medica* e *Rivista Italiana di Terapia*); Costantini prof. G. (*Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi*); Di Pace prof. I. (*Rivista Sanitaria*); Donati prof. M. (*Annali Italiani di Chirurgia* e *Minerva Medica*); Ferrannini prof. A. (*Riforma Medica*); Ferrai prof. C. (*Giornale del Medico Pratico*); Gabbi on. prof. U. (*Giornale di Clinica Medica* e *Archivio Fascista di Medicina Politica*); Nasini prof. F. (*Rinnovamento Medico*); Palma dott. N. (*Annali Italiani di Chirurgia*); Piazza prof. V. C. (*Annali di Clinica Medica e di Medicina Sperimentale*); Piccinini prof. P. (*Rivista di Terapia Moderna* e *Rivista di Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica*); Ponticaccia prof. L. (*Giornale di Clinica Medica*); Pozzi dott. A. (*Clinica Ostetrica*); Verney dott. L. (*Annali d'Igiene* e *Rivista di Malariologia*); Villa dott. E. (*Avvenire Sanitario*).

Per gli editori erano presenti il comm. Pozzi L. (*Policlinico, Clinica Ostetrica, Cuore e Circolazione, Valsalva*), il comm. avv. A. Rummo (*Riforma Medica*) e il sig. E. Gnocchi (*Folia Medica, Annali di Nevrologia, Rassegna Italiana di Otorinolaringologia*).

Avevano aderito: Ciampolini prof. A. (*Medicina delle Assicurazioni* e *Medicina Ferroviaria*); Della Seta prof. E. (*Italia Sanitaria*); D'Ormea prof. A. (*Rassegna di Studi psichiatrici*); Piperno prof. A. (*Stomatologia*); Schupfer prof. F. (*Rivista di Clinica Medica*); Salpietra prof. F. (*Rivista Sanitaria Siciliana*); Senise prof. T. (*Studium*); Tanzi prof. E. (*Rivista di Patologia nervosa e mentale*).

La presidenza venne assunta dal prof. V. Ascoli, assistito dal dott. A. Pozzi.

Il prof. Ascoli tracciò le vicende incontrate dalla Associazione dopo il convegno di Padova. Informò che nella sua qualità di presidente provvisorio, ha rappresentato l'Associazione al Congresso della stampa medica latina, adunatosi durante lo scorso aprile a Parigi. Rilevò che, a norma dello Statuto, entro 8 mesi dal Convegno di Padova si sarebbero dovute organizzare le 3 Sezioni; ma per un insieme di circostanze, la costituzione della Sezione settentrionale, affidata al dott. A. Clerici, non potè essere avviata, e ciò ha intralciato la vita dell'Associazione, in quanto gli organi centrali derivano dai tre Comitati locali. Notificò che, per costituire la Sezione dell'Italia centrale, sono state raccolte 24 adesioni su 25 periodici interpellati. Rese conto della gestione finanziaria: nessuna quota è stata versata, ma si disponeva ancora dei fondi residuali della precedente Associazione (nella misura di L. 829,40, che durante l'esercizio si sono ridotte a L. 357,50 per la stampa dello Statuto, di circolari, di moduli d'adesione, per spese di scritturazione e di posta, ecc.; bisognerà detrarne le spese della Sezione meridionale, che non sono state notificate). Informò che l'attuale segretario generale, dott. L. Verney, desidera di rinunziare alla carica a causa delle sue occupazioni e ne mise in luce le benemerenze.

Mise poi in discussione i seguenti punti: 1° funzioni sindacali dell'Associazione; 2° denominazione dell'Associazione; 3° rapporti con gli editori; 4° se debbano mantenersi le Sezioni.

Circa il primo punto, l'O. si è dato cura d'interpellare l'on. Amicucci, il quale ha espresso l'avviso che l'Associazione debba avere piena libertà d'azione, salvo a inquadrarsi poi nel nuovo ordinamento sindacale dello Stato e armonizzarvi l'opera. L'O. reputa improbabile che si possa ottenere di entrare a far parte del Sindacato della Stampa Periodica, perchè i giornalisti politici hanno un genere di lavoro troppo dissimile, cui corrispondono vantaggi cospicui definiti.

Il prof. Donati stima che sarebbe più consentanea all'indole del giornalismo medico l'adesione al Sindacato autori e scrittori. Singoli redattori e direttori potrebbero entrare a far parte integrale di questo Sindacato.

Il prof. Castellino informa di aver avuto dei colloqui con l'on. Bottai e con l'on. Rossoni, in merito alla costituenda Associazione. Ha ottenuto garanzia che l'azione di questa verrà seguita con simpatia dagli organi responsabili del Governo e che essa potrà poi valere di modello per Associazioni congeneri. Non conviene, a suo avviso, di muoversi verso il Sindacato della Stampa periodica, per la quale vigono obblighi contrattuali e diritti inerenti alla speciale natura del lavoro. Singoli individui, che dell'attività giornalistica facessero il cespite fondamentale di guadagno, potranno iscriversi al Sindacato della Stampa periodica; non però la massa dei redattori e direttori.

Il prof. Ascoli nota che i chiarimenti recati dal prof. Castellino sull'azione sindacale e quelli avuti da lui collimano, ed inducono a considerare con tranquillità e con fiducia lo sviluppo dell'Associazione nell'ambito del regime.

Passando a discutere sul titolo dell'Associazione stessa, il presidente rileva che la qualifica di « scientifica » non va intesa in senso restrittivo. Essa deve portare a far escludere soltanto i pochi periodici di esclusivo interesse corporativistico, i quali non facciano posto a lavori o ad articoli tecnici; cita a titolo di esempio, il « Medico Condotto ».

Il prof. Ferrannini vorrebbe che l'Associazione entrasse nel Sindacato dei giornalisti e prendesse carattere spiccatamente politico, assumendo nel titolo la qualifica di « fascista ». Il prof. Castellino si oppone: la scienza deve rimanere al di fuori e al disopra della politica. Egli insiste, invece, perchè sia mantenuto l'aggettivo di « scientifica ». L'assemblea ad unanimità decide in questo senso.

Sui rapporti con gli editori, si conviene che l'Associazione debba comprenderli, poichè essi costituiscono una forza materiale e morale. Se insorgeranno divergenze degli editori con i direttori e redattori, si prenderà in esame la situazione.

In seguito a breve discussione, si decide che le tre Sezioni siano mantenute.

Consenzienti tutti i convenuti, dichiarò definitivamente costituita l'Associazione.

Il prof. Ferrannini informa di avere organizzato, qualche giorno prima, la Sezione meridionale: ha raccolto 35 adesioni; si è proceduto anche alla nomina del Comitato locale.

L'organizzazione della Sezione centrale, assicura il prof. Ascoli, è pronta; come ha già annunziato quasi tutti i periodici hanno aderito.

L'organizzazione della Sezione settentrionale viene affidata al prof. Donati, il quale prende impegno di provvedere al più presto.

Il prof. Ferrannini vorrebbe mettere in discussione varie disposizioni dello Statuto. Il presidente reputa intempestiva questa discussione, che viene rimandata. Aggiunge che, non appena saranno costituite le tre Sezioni, la riunione dei tre Comitati periferici formerà il Consiglio direttivo; i presidenti ne formeranno la Giunta esecutiva; questa, aggregandosi tre membri designati dai Comitati locali, darà il Consiglio di famiglia; si procederà anche alla nomina del segretario generale. L'Associazione verrà così ad essere in completa efficienza.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Amandola (*Ascoli Piceno*). — Una delle due condotte mediche residenziali; L. 7700 lorde, compreso caroviveri. Indennità: laurea L. 700, forese L. 1000, cavalcatura L. 2700; 5 quadrienni del 1/10. Scad. 30 nov.

Ancona. *Ospedale Civile Umberto I.* — Concorso per titoli a due posti di assistente per un biennio. Stipendio lordo L. 4400 oltre alloggio e vitto. Indennità provvisoria caro viveri. Documenti di rito. Termine utile 5 novembre p. v. Per informazioni rivolgersi presso la Direzione.

Ascoli Piceno. — 1ª condotta urbana; scad. 15 nov.; tassa L. 50.15; docum. a 3 mesi dal 26 sett.; età lim. 35 a.; L. 7500, oltre L. 500 indenn. laurea, L. 1000 indenn. forese; 10 bienni ventes.; indenn. oltre il 25 % della popolazione; ab. 6568.

Bassano. *Ospedale Civile.* — Assistente della Sezione chirurgica; chiusura 20 nov.; chiedere condizioni al Commissario.

Caprileone (*Messina*). — Cond. resid. L. 10,000; cavalcatura L. 3000; uff. san. L. 500. Obbligo del servizio di campagna. Età massima 40. Documenti non anteriori a 3 mesi. Scad. 3 nov.

Castelnuovo di Conza (*Salerno*). — Consorzio con Santomenna; totale abit. 2320; L. 7000 con 4 quadrienni del 1/10; L. 5 per ogni povero oltre il 20% della popolazione. Indennità L. 1000; cavalcatura obbligatoria L. 2000; uff. san. L. 1000. Età massima 40; certificato dei punti di laurea. Assunzione serv. entro 15 gg. Scad. 15 dic.

Catanzaro. *Amministr. Provinc.* — Direttore e assistente dell'Osped. Psichiatr. in Girifalco; rispettiv. L. 17,500 e L. 10,000, oltre alloggio, illumin., riscaldam. e vitto di 1ª classe. Scad. 15 nov. Rivolgersi Segreteria.

Cavriglia (*Arezzo*). — A ore 18 del 15 nov.; capoluogo; ab. 3050; iscritti 900 c.; L. 9000 e 1 c.-v.; L. 3000 (variab.) cavalc.; età lim. 40 a.; docum. a 3 mesi dal 30 nov.

Cecina (*Livorno*). — Medico di guardia all'Ospedale della pubblica assistenza; L. 11,000; età non minore di 32 nè maggiore di 45, con sole eccezioni per i combattenti. Scad. 8 nov.

Città di Castello (*Umbria*). — Per Fraccano; a tutto 30 nov.; docum. a 3 mesi dal 20 ott.; tassa L. 50; stip. L. 8000 e 5 sessenni dec.; c.-v.; L. 600 serv. att.; L. 500-2000-4000 trasp.; serv. entro 20 gg.

Codognè (*Treviso*). — Al 10 nov.; L. 8000 e 5 quadr. dec., oltre L. 700 uff. san. e L. 3500 cavallo od autom.; c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 25.

Cremona. *Ospedali Maggiore e Dati.* — Aggiunto riparto medicina; L. 8000 e aumenti quinquennali fino a raggiungere il 50% dello stip. Esercizio di 3 anni almeno in Clinica o presso un grande Ospedale. Titoli ed esami (patologia generale, esame clinico, prova laboratorio). Scad. 15 nov.

Frontone (*Pesaro e Urbino*). — Cond. residenz.; L. 9000, con 3 sessenni del 1/10; uff. san. L. 300; cavalcatura L. 2500; armadio farmaceutico L. 400; c.-v.; casa gratuita. Scad. 8 nov.

Genova. *Ospedale Psichiatrico Provinciale.* — Tre medici, promiscuamente per gli Istituti di Genova-Quarto e di Cogoleto; L. 14,000. elevabili a 22,400; c.-v.; per Cogoleto indenn. resid. L. 4000 e alloggio; età lim. 30 a. Scad. 10 dic.

Novara. — Ufficiale sanitario; L. 16,000, aumenti periodici e c.-v. Età massima 45 a. con le solite eccezioni; certificato leva, stato famiglia. Titoli ed esami. Nomina per un biennio, conferma. Assunzione servizio entro 30 gg. Scadenza 10 dic. Domande al Segretario Divisione Sanitaria R. Prefettura.

Oniferi (*Nuoro*). — Cond. med. residenziale; L. 10,500, più L. 800 per uff. san.; 5 quadrienni del 1/10. 1050 abitanti, di cui 800 poveri. Documenti a 3 mesi data. Certificato di leva. Scad. 12 novembre.

POLCENIGO (*Udine*). — L. 8000; trasp. L. 3000; uff. san. L. 900; servizio attivo L. 500; c.-v. Scad. 15 nov.

POSTUMIA. — Condotta consorziale con Bucuie; L. 9000; c.-v.; indennità trasporto L. 3000 (carrozza o auto), L. 1000 (motociclo), L. 300 (bicicletta); uff. san. L. 1200. L. 3 per ogni povero oltre i 1000; 4 aumenti del 1/10. Età massima 35; 2 anni di condotta od in ospedale importante; certificato sana costituzione. Assunzione servizio entro 15 gg. Documenti non anteriori a 3 mesi. Scad. 15 nov.

S. STINO DI LIVENZA (*Venezia*). — Scad. 15 nov.; 2° reparto; L. 11,700 e 5 quadrienni dec.; addiz. L. 5 sopra 1000 pov. e L. 10 sopra 1500; alloggio gratuito con rimessa e orto; L. 3000 trasp. (4000 se cavallo od automezzo). Tassa L. 50.10.

SAVONA. *R. Prefettura*. — Uff. san. e capo dell'Ufficio d'Igiene del capoluogo; titoli ed esami; L. 14,950, un biennio di L. 1300 e 8 di L. 650, eventuali compensi, inden. serv. att. in L. 2800 e c.-v. in L. 720 se coniugato, L. 468 se celibe; età lim. 45 (50) a.; docum. a 3 mesi dal 1° ottobre. Ab. 57,315. A tutto 30 nov.

TORINO. *R. Opera Pia-Ospedale di S. Luigi Gonzaga*. — A tutto 10 nov. 1 posto di medico batteriologo con stip. di L. 10,000 e 2/3 dei proventi esami e 2 posti di medico assistente con stip. di L. 5000, presso l'Ospedale-Sanatorio (regione Gerbido); età lim. 30 (35 ex-combatt., 39 invalidi di guerra); titoli; eventualm. esame per il primo posto. Rivolgersi alla Direz. in Gerbido Torinese. Doc. a 3 mesi dal 1° ott.

VENEZIA. *Ospedale Civile*. — Un medico chir. assistente effettivo e 3 assistenti straordinari; per i 4 posti stip. L. 4275; scad. ore 17 del 15 nov.; tassa L. 50; età lim. 30 a.; titoli ed esami; docum. a 2 mesi dal 15 ott. Per il 1° posto nomina annua; per gli altri 3 nom. e conferma biennali. Chied. ann.

VIGONZA (*Padova*). — Condotta del 1° riparto (sup. 1650 ettari, 20 km. di strade, 5000 abit.); stip. L. 9000; trasporto (cavallo obbligatorio) L. 3000; ambulatorio L. 700; uff. san. (a turno con l'altro medico) L. 1100; L. 5 per ogni povero oltre i 1000; 5 quadrienni del 1/10. Età massima 40; documenti non anteriori a 3 mesi. Assunzione serv. entro 15 gg. Scad. 10 nov.

CONCORSI A PREMI.

Premio Carlo Dell'Acqua.

È aperto il concorso al premio di L. 414.81 (*sic*) da conferirsi all'autore della migliore memoria o tema libero di medicina e di chirurgia, o medico chirurgo, scritti in buona lingua italiana.

Gli aspiranti al premio devono essere medici supplenti od assistenti presso l'Ospedale Maggiore di Milano e non devono avere oltrepassata l'età di anni 35.

Le memorie mediche, o chirurgiche, o medico-chirurgiche dovranno, secondo le consuete forme accademiche, essere contraddistinte da un'epigrafe ripetuta sopra una scheda suggellata contenente il nome dell'autore e dovranno essere presentate all'Ufficio di Protocollo del Consiglio ospedaliero non più tardi delle ore 11 del giorno di sabato 31 dicembre 1927.

Il premio verrà aggiudicato da apposita Commissione eletta in conformità alle disposizioni testamentarie ed alle norme suindicate e l'autore sarà poi tenuto a far stampare (*sic*) la memoria premiata ed a consegnarne gratuitamente due esemplari alla biblioteca dell'Ospedale Maggiore.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

La chiusura della Scuola Superiore di Malariologia.

Venezia, 18 ottobre.

Dopo un viaggio di istruzione durato circa un mese, in cui gli allievi hanno ammirato il fervore di opere che anima la nuova Italia per il risanamento delle sue terre, si è chiuso il 16 corr., il primo corso della Scuola Superiore di Malariologia, con un'austera cerimonia nell'Aula Magna dello Spedale Civile di Venezia.

Erano presenti S. E. l'on. Michele Bianchi, il Direttore ed il Vice-direttore della Scuola, il dott. Coen-Porto, Presidente della Congregazione di Carità, il Prefetto gr. uff. Coffari, il prof. Luigi Cappelletti, il comandante Huetter del Provveditorato del Porto, il Gen. Giuriati, il prof. Jona, il dott. Valle, rispettivamente Presidente, Vice-Presidente e Direttore dell'Istituto autonomo per la lotta antimalarica delle Tre Venezie, il Comandante del Presidio, le rappresentanze della Marina, del Magistrato alle Acque, della Corte d'Appello e molti altri, oltre a numerosi insegnanti della Scuola, con tutti gli allievi.

Il dott. Coen-Porto reca il saluto del Consiglio ospedaliero, dichiarandosi lieto nel riunire tale convegno nell'Aula Magna dello Spedale, palestra di nobili iniziative e bene auspicando agli elevati fini che la Scuola persegue.

Sull'attività della Scuola parla poi il Direttore, prof. Vittorio Ascoli, accennando alle sue origini ed alla necessità che dall'Italia, terra classica per la malaria non per il solo flagello che la tormenta ma perchè italiani furono gli scienziati insigni che alla conoscenza di essa maggiormente contribuirono, partisse questo insegnamento. Ed il favore con cui esso è stato accolto, viene dimostrato dai numerosi allievi che la frequentarono: 88, fra cui 18 stranieri.

E la Scuola nostra non si costituì a somiglianza delle straniere sulla fredda trattazione della biologia del protozoo, nell'uomo e nelle zanzare e nella dottrinale descrizione sia delle forme cliniche sia delle varie misure profilattiche. Fu scuola italiana che rievocò studiò le cause prime nella disposizione e nella struttura del terreno nelle condizioni idrologiche e meteorologiche che studiò il vasto complesso dei casi clinici e dei reperti

anatomici i vari tipi di profilassi adattati all'ambiente ed infine la bonifica idraulica unita alla bonifica agraria per dare la bonifica integrale, e questa considerò non solo dal lato tecnico ma dal lato giuridico ed economico.

Iniziatasi nella maestosa suggestione di Roma, si chiude così nella luminosa suggestione di Venezia questa Scuola che, allestita in breve tempo per volere di Benito Mussolini, risentì della potenza realizzatrice di Lui ed ebbe il successo del Suo Genio Politico.

S. E. l'on. Michele Bianchi porge quindi il saluto del Governo, dichiarandosi lieto di poter esprimere alla Direzione ed agli insegnanti, per la intelligente opera svolta e per i risultati conseguiti, il compiacimento di S. E. il Primo Ministro, alla cui iniziativa e volontà si deve l'istituzione della Scuola stessa, che tanto largo consenso ha incontrato non solo in Italia, ma in tutti i paesi del mondo latino.

Accenna quindi allo spostamento verificatosi del perno del movimento antimalarico, dall'uomo all'ambiente, e mette in rilievo gli sforzi compiuti in questo senso dall'Italia negli ultimi anni. Basti rammentare la legge sulle bonifiche ed il vigoroso impulso dato a queste, per le quali si sono spesi ben 350 milioni dal 1921 al 1926, mentre numerose opere sono in progetto ed in corso di esecuzione per la redenzione delle terre italiane.

« Gli insegnamenti impartiti dai migliori nomi, che vantino la scienza e la tecnica italiana, le visite effettuate ai più importanti comprensori di bonifica, faranno certamente degli allievi italiani e stranieri, che hanno frequentato i corsi, il primo nucleo di quel Corpo tecnico di medici, ingegneri e agricoltori, che saprà guidare e sorvegliare l'azione ormai ben avviata e diretta al raggiungimento degli alti fini sociali ed economici per cui la Scuola è sorta.

Come italiano e come membro del Governo fascista formula l'augurio che nuove forze si aggiungano presto a questi primi militi nella lotta inesorabile iniziata contro l'endemia palustre nel supremo interesse della salute pubblica e dell'avvenire della razza ».

F. A.

NOTIZIE DIVERSE.

XXI Congresso della Associazione Oftalmologica Italiana.

Si terrà a Palermo nella primavera del 1928, in una data che sarà scelta in modo da dare agio di intervenire anche al Congresso di Igiene della Scuola e Patologia infantile di Napoli.

Il Comitato ordinatore, sotto la Presidenza del prof. Lodato, comprende i proff.: Addario, Alajmo Marchetti, De Bono, Di Lorenzo, Giordano, Morgano, Tornatola, con i segretarî Alajmo e Stella ed il cassiere Accardi.

Sono già pervenute oltre 130 adesioni dall'Italia e numerose anche dall'estero, fra cui quelle di Fichs (Vienna), Ascher (Praga), Lagrange (Parigi), Griffith (Londra), Dinulescu (Bucarest).

Il XIX Congresso francese di medicina.

È stato inaugurato a Parigi, da A. Fallières, Ministro del lavoro e dell'igiene. Il prof. Teissier, Presidente, fece la storia dei precedenti congressi e pronunciò un applaudito discorso sulle malattie infettive e l'igiene sociale, in cui dimostrò l'importanza del medico nella lotta contro le grandi epidemie.

Il Congresso ha riunito un migliaio di aderenti, di cui 600 stranieri. L'Italia era ufficialmente rappresentata dai proff. Maragliano, Alessandri e Sbisà.

Le Giornate Mediche di Rio de Janeiro.

Si terranno dal 1° al 5 luglio 1928, inaugurando così per l'America del Sud questa consuetudine che apporta ai progressi della medicina tanti vantaggi materiali e morali.

Sono a capo della organizzazione i maestri più rinomati della medicina brasiliana. Presidente, prof. Miguel Couto, presidente dell'Accademia nazionale di medicina; vicepresidente, prof. Juliano Moreira, e prof. Nascimento Gurgel, presidente della Società di medicina e chirurgia di Rio de Janeiro; segretario generale, dott. Belmiro Valverde.

Il mese di luglio è il più adatto per godere gli incanti della bella capitale del Brasile. Il comitato organizzatore sta preparando dei programmi che permetteranno di vedere quanto Rio de Janeiro ha di più perfetto. Per i Congressisti vi saranno riduzioni negli alberghi e nei viaggi.

Per informazioni, rivolgersi al Dr. Belmiro Valverde, Segretario Generale, via Sao Josè, numero 84, 4° andar, Rio de Janeiro.

Scuola di perfezionamento in pediatria alla Università di Pisa.

Il corso che, dopo le prove di esame, dà diritto al titolo di Specialista in Pediatria, si inizia il 1° dicembre 1927 e dura due anni. I laureati che, con documenti e titoli di studio, dimostrino di possedere una preparazione sufficiente potranno essere esonerati da un anno di corso.

Le materie d'insegnamento sono le seguenti: Embriologia umana ed anatomia del bambino (Vitali); Patologia fetale (Gentili); Fisiologia del bambino (Fiore); Patologia, Semeiotica, Clinica pediatrica medica (Fiore); Terapia (Funaro); Malattie infettive e contagiose più frequenti nell'infanzia (Queirolo); Chirurgia infantile, con speciale riguardo all'ortopedia (Taddei); Anatomia patologica delle principali malattie infantili (Cesaris Demel); Radiologia applicata alle malattie dell'infanzia (Duranti); Terapia fisica delle malattie dell'infanzia (Valtancoli); Igiene sociale dell'infanzia e nozioni di igiene scolastica (Di Vestea); Profilassi antitubercolare (Di Vestea); Nozioni di Oculistica (Gonella); Nozioni di Dermosifilopatia (Lombardo); Nozioni di Oto-rino-laringoiatria (Bilancioni); Nozioni di Odontoiatria (Carreras).

Vi saranno internati ed esercitazioni pratiche.

Tasse: annua d'iscrizione (L. 800, in 4 rate); id. per esercitazioni pratiche (200); sopratassa annua per esame di profitto (150); esame diploma 300, con sopratassa di L. 75.

Domanda in carta bollata da L. 2 indirizzata al Rettore dell'Università, corredata dal certificato di laurea e dalla ricevuta della tassa d'iscrizione, da presentarsi alla Segreteria dell'Università non oltre il 30 nov.

Corso di perfezionamento sulle malattie del cuore e dei vasi.

Sarà tenuto alla Facoltà medica di Vienna dal 28 novembre al 10 dicembre. I temi principali trattati nei primi con 44 lezioni sono: anatomia, fisiologia e metodi di ricerca; disturbi generali di circoli, vizî valvolari, malattie del miocardio, pericardite, malattie dei vasi, angina pectoris, aritmia, farmacologia. Essi sono integrati da 16 conferenze e dal così detto «Seminario», consistente in risposte date su questioni mosse dagli allievi.

Tassa di iscrizione 50 scellini. Per informazioni e per la legittimazione dei passaporti, rivolgersi al dott. A. Kronfeld, Porzellangasse 22, Vienna IX.

Esami di abilitazione all'esercizio di libere professioni.

Il Ministero della Pubblica Istruzione comunica: Con ordinanza ministeriale del 19 ottobre è stata indetta, per il corrente anno, la sessione degli esami di Stato di abilitazione all'esercizio delle professioni di medico-chirurgo, chimico, farmacista, ingegnere ed architetto.

Saranno sedi di esami le Università e gli Istituti superiori appresso indicati: 1) per l'abilitazione dell'esercizio della professione di medico-chirurgo; le RR. Università di Catania, Genova, Milano, Napoli, Padova, Pisa, Roma, Torino; 2) per l'abilitazione all'esercizio della professione di chimico: le RR. Università di Catania, Napoli, Padova, Pavia, Pisa, Roma, Torino; 3) per l'abilitazione all'esercizio della professione di farmacista: le RR. Università di Catania, Napoli, Padova, Pavia, Pisa, Roma, Torino; 4) per l'abilitazione all'esercizio della professione di ingegnere: le RR. Scuole di ingegneria di Bologna, Genova, Milano, Napoli, Padova, Palermo, Pisa, Roma, Torino; 5) per l'abilitazione all'esercizio della professione di architetto: la R. Scuola di architettura di Roma e la R. Scuola d'ingegneria di Milano.

Fermo restando che nessuno può sostenere gli esami di Stato nella sede nella quale è stato iscritto nell'ultimo biennio o vi ha conseguito la laurea o il diploma che è titolo di ammissione agli esami di Stato, i candidati potranno scegliere la sede di esami Il numero però dei candidati che possono sostenere gli esami in ciascuna sede è limitato. Pertanto, raggiunto tale numero, tutti i candidati che in ciascuna sede restino in eccedenza saranno destinati di ufficio dal Ministero ad altra sede.

I candidati devono presentare la domanda di ammissione agli esami, non oltre il 20 novembre 1927, alla segreteria dell'Università o dell'Istituto superiore ove intendono sostenerli.

L'assicurazione contro la tubercolosi.

In seno al Consiglio dei ministri adunatosi il 18 ottobre, il ministro dell'Economia nazionale ha illustrato lo schema di provvedimento per l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi. Su quest'ultimo provvedimento il resoconto ufficiale dice:

«Il provvedimento realizza uno dei postulati del punto 27 della Carta del Lavoro, costituendo uno strumento efficacissimo di concorso per una lotta razionale contro il flagello della tubercolosi, chiamando a partecipare attivamente alla lotta medesima le forze produttive del Paese. Si mira, infatti, a raggiungere una sfera assistenziale di circa 20 milioni di individui, con la istituzione di non meno di 18,000 letti sanatoriali e di altri 2000 letti post-sanatoriali.

«Verrà inoltre integrata l'assistenza ai fanciulli di età inferiore ai 15 anni e corrisposta un'indennità giornaliera per quelli assicurati in cura sanatoriale. Alla spesa relativa, dato il grande numero degli assicurati, si farà fronte mediante una tenue contribuzione quindicinale a carico, in egual misura, del datore di lavoro e dell'operaio».

Disposizioni del Codice Penale in progetto in materia igienico-sanitaria.

Subiscono un notevole aggravamento le pene per avvelenamento di acqua o sostanze alimentari o loro adulterazione o contraffazione in danno della pubblica salute; per il commercio e la somministrazione di medicinali guasti, o di sostanze alimentari nocive.

Sono anche introdotte disposizioni contro il commercio clandestino di sostanze stupefacenti e contro chi ne agevola dolosamente l'uso.

Un delitto nuovo viene contemplato dall'art. 438 che stabilisce: Chiunque cagiona epidemie con la diffusione di bacilli o germi di altri microrganismi patogeni è punito con l'ergastolo o addirittura con la pena di morte se dal fatto derivi la morte di più persone.

Infine l'art. 586 sancisce che chiunque, senza il fine di procurare ad altrui un contagio, essendo affetto da sifilide o da malattia venerea e occultando tale suo stato, compia su taluno atti tali da cagionargli il pericolo di un contagio, è punito, se il contagio avvenga, con la reclusione fino a due anni. È naturalmente necessaria la querela di parte, ma se deriva la morte della persona contagiata, si procede d'ufficio e la pena è da due a otto anni.

Compensi al personale tecnico per la vigilanza sanitaria.

La legge 23 giugno 1927, contenente « Disposizioni varie sulla Sanità Pubblica », stabilisce che i Comuni concedano adeguati compensi al personale sanitario quando eseguiscono operazioni nel puro interesse di persone e di ditte private.

Con recente deliberazione, il Podestà di Torino ha compilato una specifica di casi e di tariffe, che può servire di norma ai Municipî che ancora non hanno provveduto all'applicazione della legge. Vi sono comprese: ispezioni per l'accertamento di abitabilità di case, per stabilimenti industriali, spacci di sostanze alimentari, rilascio di certificati di idoneità, per derrate alimentari, per spedizioni di pelli, ossa, ecc.

Sulla patogenesi del diabete.

Ha avuto molta ripercussione, ai Congressi di Parma, una comunicazione del dott. Ciminata, assistente del prof. Donati. Egli ha presentato un cane — solo sopravvissuto tra molti assoggettati all'esperienza — il quale dopo essere stato spancreato ed avere presentato i sintomi classici del diabete pancreatico, venne operato di enervazione delle capsule surrenali: seguì scomparsa della iperglicemia e della glicosuria, aumento di peso, guarigione. La comunicazione venne molto discussa; si obbiettò tra l'altro che poteva essere presente un pancreas accessorio, il quale, ipertrofizzatosi, avrebbe assunto un compito vicariante, eliminando le conseguenze della pancreactomia. Si decise di sacrificare l'animale; ma il prof. Foà chiese grazia, desiderando d'indagare prima il comportamento dell'adrenalina e di compiere altre ricerche d'ordine fisiologico.

L'Associazione internazionale per i soccorsi in caso di disastri.

È stata fondata a Ginevra, con la compartecipazione di 43 Stati. Ha lo scopo di portare i primi soccorsi nel caso di gravi catastrofi che per la loro gravità siano tali da rendere insufficienti le forze ed i mezzi della nazione colpita. Ne è stato promotore il sen. Ciraolo.

Commemorazioni centenarie.

Si è avuta in Francia dal 15 al 18 ottobre, quella di JEAN-ANTOINE VILLEMIN, che era nato a Prey, piccolo villaggio dei Vosgi il 25 gennaio 1827. Figlio di modesti contadini e rimasto orfano in tenera età, potè solo con gran fatica laurearsi in medicina. Fu professore di Igiene e Medicina legale, vice-presidente dell'Académie de médecine. Morì nel 1892.

Il suo nome è soprattutto legato agli studî sulla tubercolosi; molti anni prima che R. Koch ne scoprisse il bacillo, e cioè nel 1865, dimostrò l'inoculabilità del tubercolo e la natura virulenta della tubercolosi. « L'inoculazione del tubercolo », egli scrive, non agisce per la materia visibile e palpabile che entra in questo prodotto patologico, ma in virtù di un agente più sottile, che vi trova contenuto e che sfugge ai nostri sensi ».

Nella cerimonia inaugurale, svoltasi alla Sorbona, con intermezzi musicali e poetici, in cui l'attrice Madeleine Roch recitò dei versi composti per l'occasione da Charles Richet, i meriti scientifici di Villemin furono magistralmente lumeggiati da Calmette. I delegati stranieri degli eserciti belga, brasiliano, greco, inglese, italiano, olandese, polacco, rumeno (V. era medico militare) portarono il loro omaggio.

Il centenario di un altro clinico che precorse le scoperte batteriologiche si festeggia in Germania nella persona di EMIL NOEGGERATH (nato il 5 ottobre 1827). Sette anni prima della scoperta del gonococco, egli pubblicò un libro sulla « Gonorrea latente nel sesso femminile », in cui dimostrò l'azione devastatrice della malattia nell'apparato genitale femminile, specialmente come causa di sterilità. Vedute che sono oggi accettate comunemente, ma che suscitarono al loro tempo aspre polemiche.

Scuola di perfezionamento in Odontoiatria e protesi dentaria presso la R. Università di Bologna.

Sono aperte le iscrizioni per l'anno scolastico 1927-28 ai corsi di perfezionamento di odontoiatria e protesi dentaria per i laureati in medicina e chirurgia.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione dei documenti e nel versamento delle tasse.

Per programmi ed informazioni rivolgersi presso la Segreteria della Scuola, via S. Vitale, 59, Bologna (13).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Ann. d'Ig., mar. — G. SANARELLI. Gli spirochetі cecali.

Folia Med., 28 feb. — G. ARPINO. Il simpatico ed il mesenchima.

Journal A. M. A., 26 mar. — W. S. LEATHERS. Il posto della medicina preventiva nelle scuole mediche. — B. KAPLAN e al. La dissenteria amebica a Chicago. — J. H. ROE e B. S. KAHN. L'assorbimento del calcio per l'intestino. — L. P. PLAYER e C. L. CALLANDER. Cura dell'incontinenza urinaria.

Wien Klin. Woch., 7 apr. — FIHEGER. La pelle come organo difensivo.

Mediz. Klinik, 8 apr. — C. KLIENENBERGER. L'influenza. — E. KÖRNER e M. SCHAEFER. Sulla colite. — J. W. SAMPSON. L'ipersensibilità. — K. GUTZEIT. Radiodiagnosi della gastrite.

Bull. Ac. Méd., 29 mar. — M. LETULLE e al. Le arteriti diabetiche.

Ann. di Laringol. ecc., gen. — V. MASINI. Il bleu di metilene e il rosso scarlatto nelle otiti medie purulente ecc.

La Medic. Ibera, 9 apr. — R. DE VERA. Le nuove medicaz. cardiache.

Riforma Med., 21 mar. — G. MELLI. Proprietà fisico-chimiche di essudati e trasudati.

Soc. d. Hôp., 7 apr. — SICARD. Malattia di Burger. — P. VALLERY-RADOT e altri. Radioterapia dell'asma e della coriza spasmodica.

Paris Méd., 9 apr. — PÉHU e ARDISSON. Una malattia che risorge: l'acrodinia. — SCHAEFFER e LIÈGE. Artrotifo.

Arch. di Ost. e Gin., gen. — SPIRITO. Genesi degli endometriomi.

Quarterly Journ. of Med., apr. — G. BOURNE. Classificaz. dei battiti ventricolari prematuri. — H. W. DAVIES e A. R. GILCHRIST. Velocità della circolaz. nell'uomo. — R. J. DUTHIE. Esame funzionale del contenuto gastrico. — S. MILLER e F. B. SMITH. La funzione gastrica nell'artrite cron. e nella fibrosite. — G. C. LINDER. L'equilibrio acido-base allo stato di salute e nelle nefriti. — W. RUSSELL BRAIN. L'eredità nel gozzo semplice. — C. P. STEWART e C. H. PERCIVAL. Effetti della somministraz. di paratiroide sul calcio del siero.

Journ. nerv. a. mental dis., apr. — BAILEY. La sindrome di automatismo mentale. — SANDS. Emorragia endoventricolare.

Rev. franç. Gynéc. Obst., genn. — JATLE. Il solenoma del ventre nella donna.

Id., febbr. — WODON. Il solfato di magnesia nell'eclampsia.

Id., marzo. — MULLER. Il trattam. delle metriti emorragiche.

Ars medica, marzo. — BARBAQUIER-FERRÉ. Blocco arterioso o endoarterite obliterante generalizzata. — ROSELL. Il trattamento dell'obesità.

Rev. med. d. Barcelona, marzo. — ALSINA. L'az. dell'anestesia rachidea sulla motilità intestinale. — C. FONNIGUERA. Sintalina.

Rev. españ. med. cir., apr. — GONZALEZ DELCITO. Cuore ed esercizi fisici. — PAGÉS MARUNY. Autoemoterapia.

Presse méd., 6 apr. — APERT e ROBIN. Varietà cliniche della progeria. — RAVINA. Il rene ed il surrene nell'intossicaz. difterica.

Id., 9 apr. — COURCOUX e GODEL. Le coliti acide dei tbc. polm. — LEVEN. Valore diagnostico e terap. dell'altitudine.

Id., 13 apr. — LEDOUX-LEBARD e PIOT. La röntgenterapia nei tumori del midollo. — ISCLÉN. Ferite della mano con matite di anilina.

Journ. méd. Paris, 14 apr. — AUBERTIN. L'agranulocitosi. — DESGEORGES. L'autoinfez. intestinale.

Paris méd., 16 apr. — Num. monog. sul cancro.

Deut. med. Wochns., 15 apr. — SCHOLTZ. Azione dei raggi X sulle cellule. — JUNIUS. L'oftalmologia nel 1926.

Münch. med. Wochns., 15 apr. — SAUERBRUCH. Nuove vedute sul trattam. chirur. della tbc. — NAEGELI. La dottrina della costituz. in rapporto alla tbc. — POLANO. Narcosi rettale in ginecologia.

Med. Klinik, 15 apr. — FIASTERER. Risultati delle operazioni per ulceri gastr. e duoden. — BORCHARDT. Insufficienza plurighiandolare.

Wiener Klin. Wochns., 15 apr. — HAMBURGER. Malattie tonsillari nei bambini. — FINGER. La cute come organo protettivo.

Endocrinology, nov.-dic. 1926. — HAJOS. Anafilassi e secrezioni interne. — ZAVADOWSKY e NOVIKOV. Il trasporto della tirossina nel sangue.

British med. Journ., 16 apr. — OLIVER. Malattie cardiache e gravidanza. — EDEN e YATES. Il trattam. dell'encefalite ep.

Lancet, 16 apr. — SOUTHAM e COOPER. Il trattam. della ritenzione testicolare nel bambino. — ANDERSON. La sciatica.

Boston med. surg. J., 31 marzo. — STEWART. Il metodo orale per la colecistografia.

Gazz. Osp. e Clin., 10 apr. — SAVINO. I punti dolorosi reno-ureterali.

Minerva medica, 10 apr. — DESOGUS. Il delirio acuto nella meningite purulenta. — SCIALOM. Ricerche sul linfogranuloma inguinale.

Pediatria, 15 apr. — DI LAURO. Adenoidismo ed enuresi notturna. — DE ANGELIS. Il reum. art. nell'infanzia.

Riforma med., 28 marzo. — RONCATO. La genesi delle dita ippocratiche.

Clinica med. italiana, genn.-febbr. — VERCELLOTTI e PAVESI. Nuova reaz. per la diagnosi di cancro. — PULLÉ. Protozoi ed elminti nell'appendice umana.

Anales Fac. Medicina, ott. 1926. — FURENTES e RUBINO. Alcalosi ed acidosi nelle complicazioni del post-partum.

Evolution thérap., apr. — LORTAT-JACOB. La crioterapia nel bambino.

Cult. med. moderna, 15 apr. — FINAZZI. Applicazioni pratiche dell'autoemoterapia. — PAVONI. Le iniezioni di salicilato di sodio.

Bull. méd., 13-16 apr. — GOUIN e BIENVENUE. Trattamento dell'eritema polimorfo.

Prensa med. argentina, 20 marzo. — PALACIO e CARROZZINO. Il sist. nerv. vegetat. nelle tbc. polm. — ORTIZ. L'immunizzazione preoperatoria in urologia.

Journ. am. med. assoc., 2 apr. — HAGGARD. Diagnosi fra ulcera gastrica e duodenale e calcoli biliari. — STONE e BRAMS. Risultati lontani delle gravi lesioni cranio-cerebrali. — KNOPF. Cose essenziali nella profilassi della tbc. nell'infanzia.

Brit. Med. Journ., 23 apr. — J. COLLIER. Epidemiol. e patol. della poliomielite.

Gaz. d. Hôp., 20 apr. — R. DIDIER. Ossificaz. delle cicatrici operatorie.

Presse Méd., 16 apr. — M. WOLF. Variazioni delle malattie nella frequenza e nell'aspetto.

Folia Med., 15 mar. — A. SPANIO. Etiopatogenesi di emorragie meningee.

Japan Med. World, 15 gen. — R. TAKANO. La tbc. e la campagna antitbc. al Giappone.

Minerva Med., 20 apr. — B. BISBINI e G. BENEDICTI. Terapia del diabete con la sintalina.

Journal A. M. A., 9 apr. — E. F. MULLER e al. Natura dei sintomi di shock da medicinali e da vaccini. — R. W. WALTON. La leucocitosi nelle fratture.

Zbl. inn. Med., 23 apr. — E. KYLIN. L'ipertonia essenziale. — W. STARLINGER. Stato fisicochimico delle proteine circolanti.

Münch. Med. Woch., 22 apr. — PFAUNDLER. Dati nuovi nel rachitismo. — SCHOTTMÜLLER. Malarioterapia della sifilide.

Mediz. Klinik, 22 apr. — H. CURSCHMANN. Diagnosi delle cachessie non chiare. — R. FISCHL. L'epidemia d'influenza.

Deut. Med. Woch., 22 apr. — NEUFELD. Progressi e regressi nelle ricerche epidemiologiche. — KÖNNG. Le basi della cura chirurg. dell'ulcera gastr. e duoden.

Wien. Klin. Woch., 21 apr. — WASSERMANN. L'ipertensione aortica e il suo meccanismo. — EISELSBERG. Avvelenam. da plasmochina.

Arch. Mal. App. Digest., ecc., mar. — S. KATZENELBOGEN e R. CHOISY. Influenza dell'istamina sulla secrezione gastr.

Brit. Journ. Children's Dis., gen.-mar. — J. D. ROLLESTON. Recenti progressi nella conoscenza degli esantemi acuti.

Giorn. Batteriol. e Immunol., apr. — V. M. PALMOERI. Ricerche sierologiche nei cadaveri. — M. MAZZEO. Il *B. cloacae* di Jordan.

Amer. Journ. Med. Sc., apr. — A. C. IVY e al. Fisiologia e patologia gastro-intest. — J. E. COTTRELL, H. FOX. Mononucleosi infettiva. — H. R. MILLER, R. BINE. Morbo di Hodgkin. — H. W. JONES e W. SUSSMANN. Glicosuria e pentosuria renali. — C. B. MORTON. L'assorbimento renale. — N. W. JONES e T. M. JOYCE. Infezione della vescichetta bil. in rapporto ad anemia cron. — B. R. LOVETH. La prova dell'iniez. di soluzione fisiolog. nella scarlatt. — M. H. KAHN. L'elettrocardiogramma nell'asma bronch.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. ASCOLI, Red. resp.**

ANNO XXXIV Roma, 7 Novembre 1927 Fasc. 45

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA PEDIATRICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA

Le inalazioni di aria irradiata in terapia.

Nota II.

Ricerche sperimentali sulla secrezione lattea.

Prof. L. SPOLVERINI, direttore.

Le università agricole Americane di Wisconsin e di Kansas, facendo recentemente degli esperimenti sistematici a scopo zootecnico colle irradiazioni U. V. sui polli per curarli dalla rachitide (a cui come è noto vanno frequentemente soggetti), ebbero tra l'altro ad osservare che la produzione delle uova da parte delle galline così trattate aumentava in modo notevole fino a raggiungere talora il 140 % (?). Tale fatto è stato ora confermato dagli allevatori tedeschi: e si è potuto anche constatare che le uova delle galline irradiate raggiungono il 63 % di schiusa a confronto del 29 % di quelle comuni. La spiegazione del fenomeno, dato che la superficie corporea degli animali è totalmente ricoperta da fitte piume, si presentava tutt'altro che facile, tenuto conto delle nostre cognizioni fisiche sui raggi U. V. in genere, sul loro assorbimento e sul loro limitatissimo potere di penetrazione anche a cute perfettamente nuda.

A queste osservazioni sulle uova prodotte dalle galline irradiate fanno un certo riscontro quelle del Dr. Donelly sulle donne incinte, le quali, sottoposte alle irradiazioni U. V., oltre a migliorare nello stato generale, e presentarsi in seguito dotate di maggiore capacità di allattare, avrebbero dato alla luce bambini bene nutriti, muniti di una quantità di energia luminosa (!).

Ora a parte la notevole importanza pratica di simili risultati, se confermati, sta il fatto già dimostrato clinicamente della benefica azione eccitante delle irradiazioni U. V. sulle ovaie di donne colpite da amenorrea. Così pure sono stati segnalati buoni risultati coll'uso dei raggi U. V. in casi di insufficienza di alcune ghiandole endocrine (tiroide, timo, testicolo, surrenali), senza peraltro che sia stata raggiunta la dimostrazione precisa sia del grado di influenza e sia dell'azione veramente diretta esercitata da queste radiazioni luminose su tali organi.

In base a queste considerazioni era ovvio il pensare che anche la ghiandola mammaria, in modo particolare durante il suo funzionamento, potesse risentire gli effetti delle radiazioni U. V.

Per altro, salvo qualche vago accenno di migliorata secrezione lattea in conseguenza di migliorate condizioni generali dopo applicazioni di

raggi U. V., sulla letteratura medica non mi è riuscito di trovare ricerche sistematiche su tale argomento.

Ho pertanto creduto opportuno eseguirle direttamente su madri allattanti senza farle precedere, come è abitudine, da esperienze sugli animali, in considerazione specialmente che la nuova tecnica da me proposta (inalazione esclusiva di aria irradiata) ed illustrata a proposito della cura del rachitismo, si presentava scevra di pericoli.

Le osservazioni sono state praticate sopra 10 madri ricoverate da vario tempo al Brefotrofio insieme ai loro bambini, ai quali fornivano il latte. Di esso si conosceva esattamente la quantità non solo giornaliera, ma delle singole poppate, eseguendosi ogni volta la doppia pesata.

Le madri in esperimento, pure conservando tutte lo stesso vitto e l'identico genere di vita, si trovavano in condizioni diverse per rapporto all'età ed all'epoca dell'avvenuto parto; fatto questo che in ultima analisi avrebbe dovuto contribuire a convalidare ancora meglio i risultati finali.

La tecnica adottata è stata la seguente: in un ambiente della superficie di metri 3 × 3,20 × 1,40 veniva messa in funzione a vuoto una lampada ad arco a vapori di mercurio (a corrente alternata di 110 Wolts con 6-8 Amper), alla quale dopo circa 6' — tempo necessario per raggiungere il suo regime stabile — veniva aumentato il voltaggio di 15 Wolts allo scopo non solo di aumentare in modo notevole l'intensità luminosa dell'arco, ma anche, (ciò che nel caso nostro ritengo più interessante, dopo quanto ho esposto in altro mio lavoro) di variare in modo sensibile la qualità delle radiazioni emesse e specialmente quelle comprese nella zona para-ultravioletta. In questo momento si introducevano nell'ambiente le madri allattanti (in genere 3-4 per ogni seduta) a respirare l'aria così irradiata, avendo bene inteso cura speciale che nessuna radiazione luminosa andasse a colpire qualsiasi punto anche minimo delle parti scoperte (mani e viso).

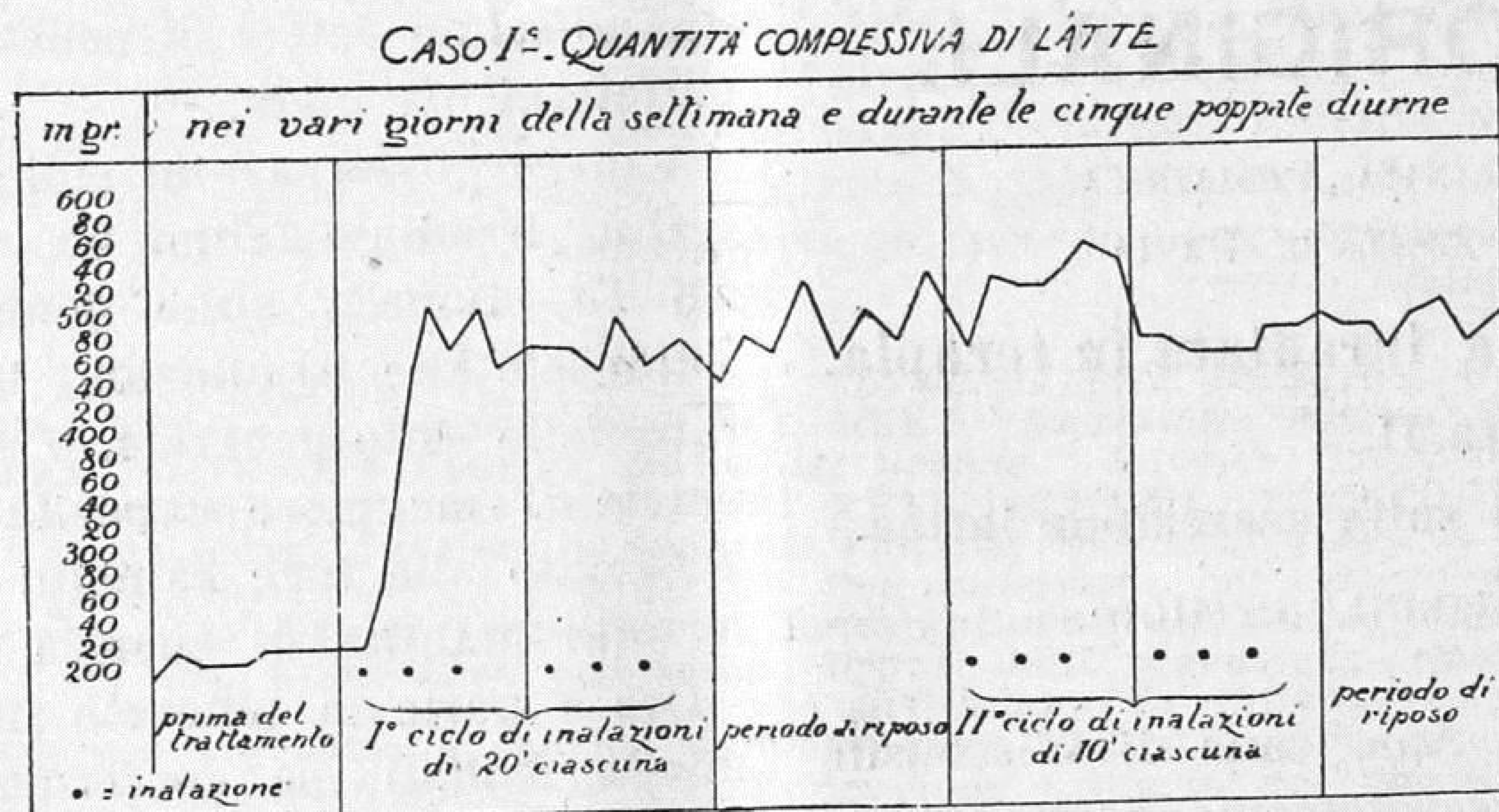
Queste inalazioni di aria irradiata della durata di 20' si ripetevano tre volte la settimana per due settimane consecutive; indi si interrompevano per 10 giorni non solo a scopo di riposo, ma specialmente per vedere gli effetti durante la sospensione del trattamento. Trascorso tale periodo si è iniziato un secondo ciclo di inalazioni pure trisettimanale (sempre 6 in totale) della durata peraltro di soli 10' ognuno, al quale ha fatto seguito un secondo periodo di riposo.

3 delle 10 donne in esperimento sono state assoggettate fino dal primo ciclo ad inalazioni di soli 10': metà tempo: (con ciò non oserei dire senz'altro: metà dose) per studiare gli effetti, presumibilmente diversi; tanto è vero che in un secondo momento si è creduto opportuno variare la durata.

Riassumo in modo schematico le osservazioni praticate.

CASO I. — Ra., di anni 40, primipara, sgravatasi da 1 1/2 mese di una bambina sana, costretta — per la mancanza di latte materno — ad essere messa ad allattamento misto: peso attuale gr. 3200.

Durante la settimana prima del trattamento: quantità totale media giornaliera di latte materno nelle cinque poppate diurne gr. 215-220.



CASO I°. - QUANTITÀ COMPLESSIVA DI LATTE

Nelle due settimane del 1° ciclo di inalazioni di 20' ciascuna (in totale 6); quantità totale media giornaliera di latte gr. 475.

Durante i 10 giorni del periodo di riposo gr. 475-480.

Nelle due settimane relative al 2° ciclo di inalazioni di 10' ciascuna (in totale 6) gr. 475.

Nella settimana seguente di riposo gr. 475.

Assenza di qualsiasi disturbo, appetito aumentato, stato generale buono.

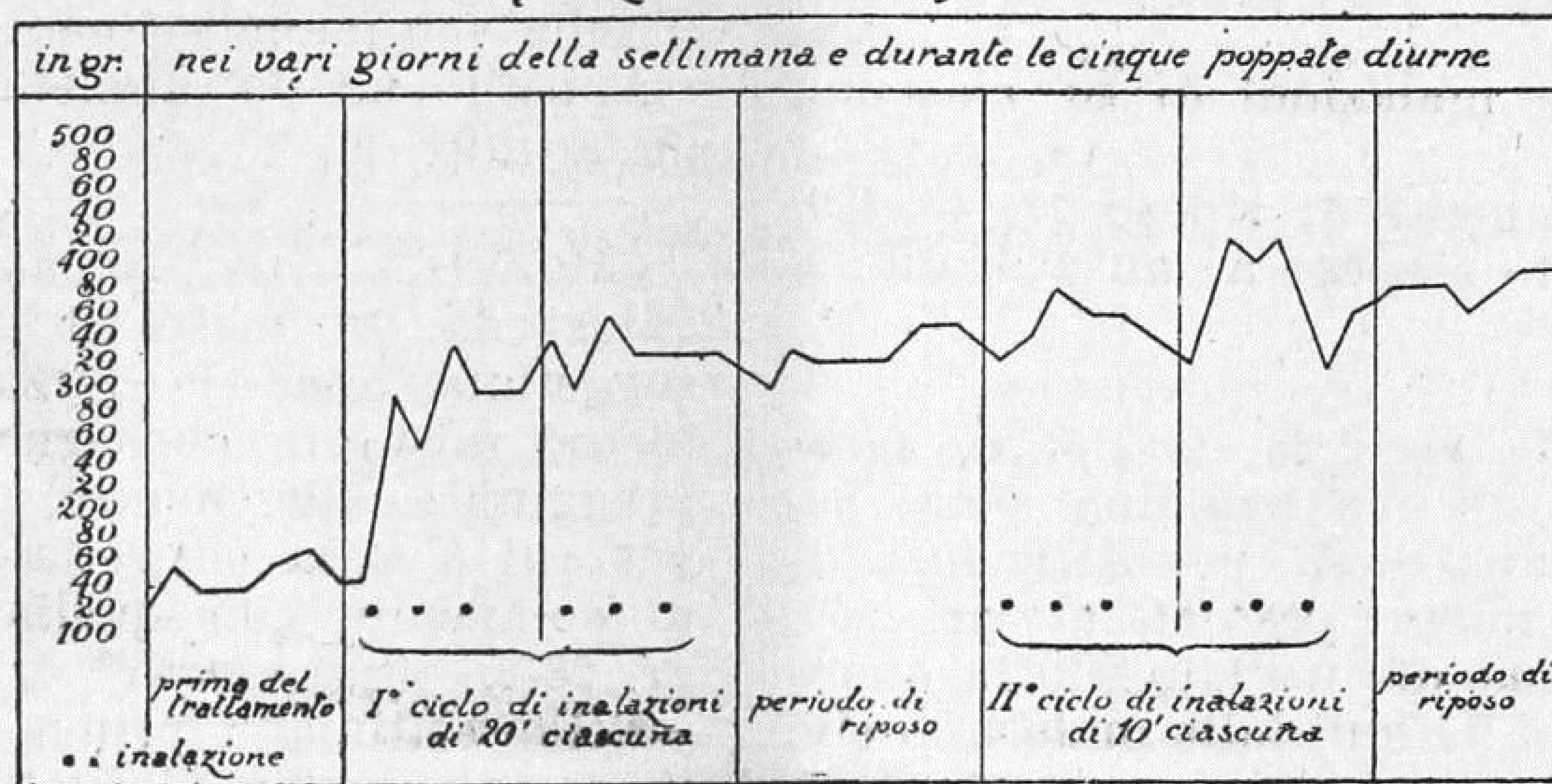
CASO II. — Com., di anni 28, primipara, sgravatasi da 2 1/2 mesi di un bambino sano dovuto mettere — per grave deficienza di latte materno — ad allattamento misto: peso attuale gr 4600.

Durante la settimana prima del trattamento: quantità totale media giornaliera di latte materno nelle cinque poppate diurne gr. 140-150.

Nelle due settimane del 1° ciclo di inalazioni di 20' (totale 6): quantità totale media giornaliera di latte: gr. 320.

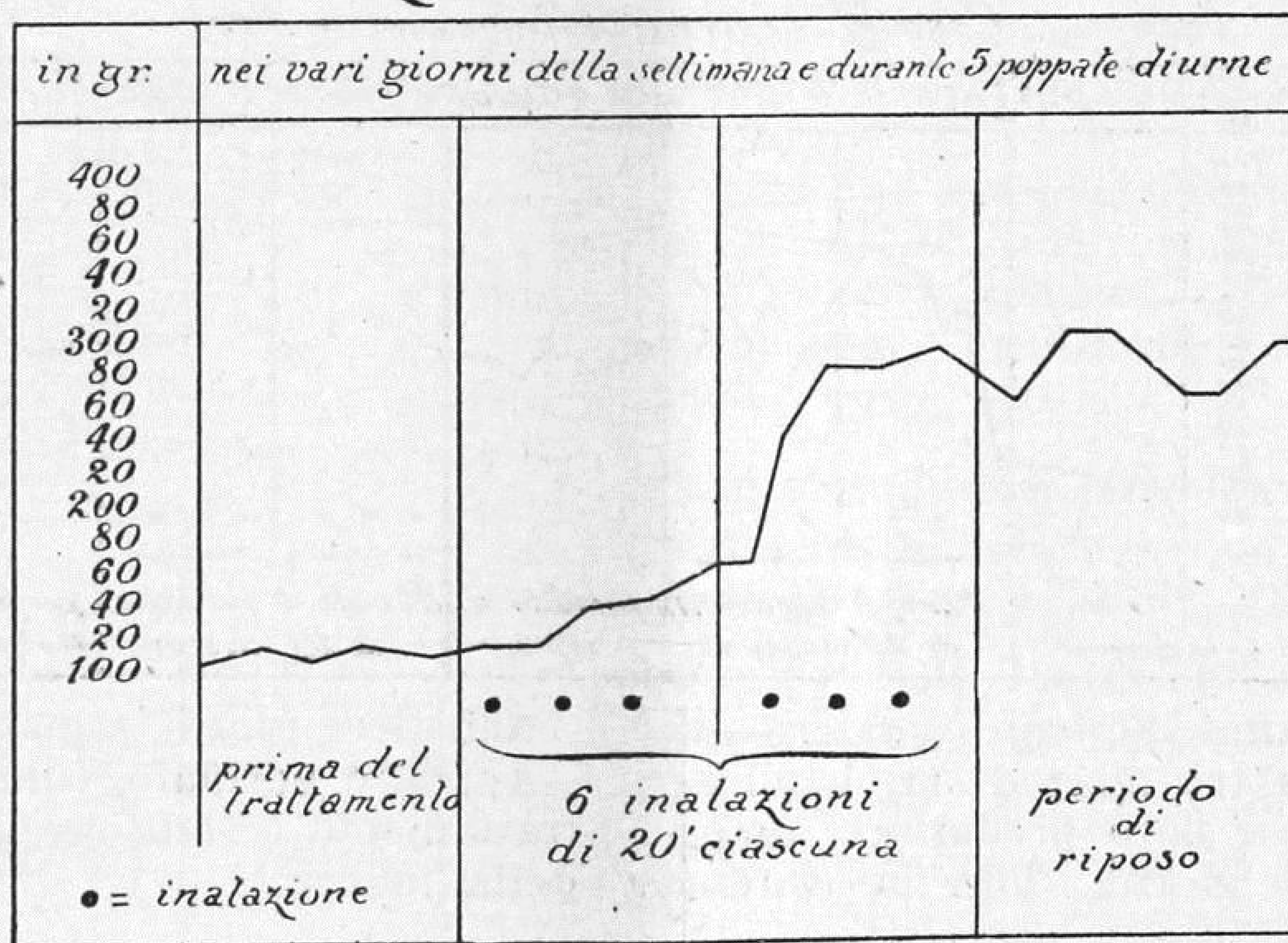
Durante i 10 giorni del periodo di riposo gr. 320-325.

Durante le altre tre inalazioni di 20' gr. 280.
Nella settimana seguente di riposo gr. 280.



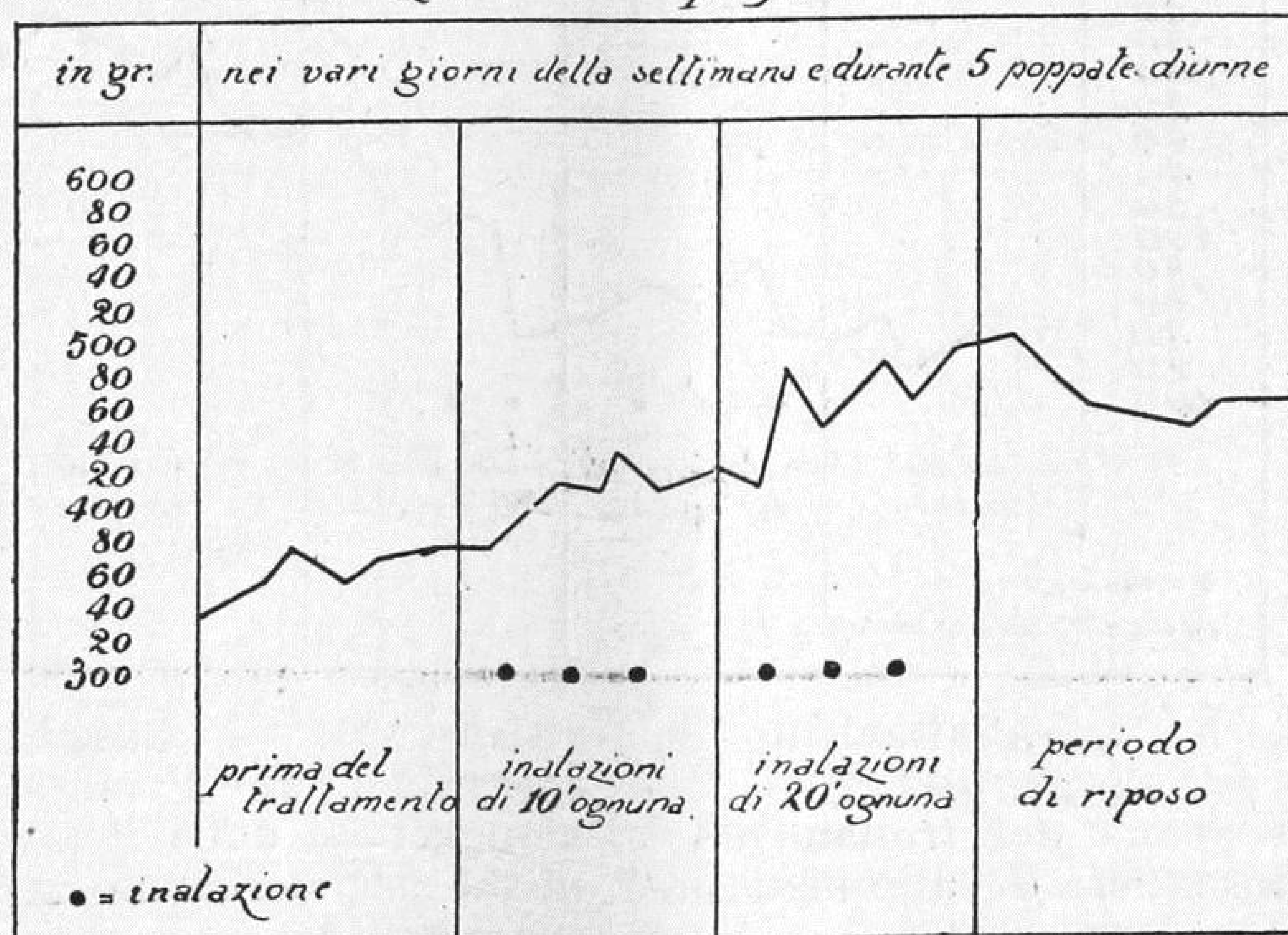
Nelle due settimane relative al 2° ciclo di inalazioni di 10' (totale 6) gr. 360.
Nella settimana seguente di riposo gr. 365.
Assenza di alcun disturbo, appetito un poco aumentato, stato generale buono.

Da notare che, a metà della prima settimana delle inalazioni, praticate alla madre, il bambino è stato colpito da febbre della durata di cinque giorni, per cui con ogni probabilità ha succhiato anche con minore energia.



CASO III. — Germ., di anni 39, primipara, sgravatasi da 32 giorni di un bambino sano: peso attuale gr. 2450.
Nei 6 giorni prima del trattamento: quantità

Il trattamento è stato sospeso dopo il 1° ciclo di inalazioni avendo la madre lasciato il Brefotrofio. Nessun disturbo, stato generale soddisfacente.



totale media giornaliera di latte materno nelle 5 poppate diurne gr. 115-120.
Durante le prime tre inalazioni di 20' gr. 145.

CASO IV. — Bol., di anni 38, secondipara, sgravatasi da 39 giorni di un bambino sano: allattamento naturale; peso attuale gr. 4000.

Nella settimana prima del trattamento: quantità totale media giornaliera di latte materno in cinque poppate diurne gr. 370.

Durante le prime tre inalazioni di 10' ciascuna gr. 410.

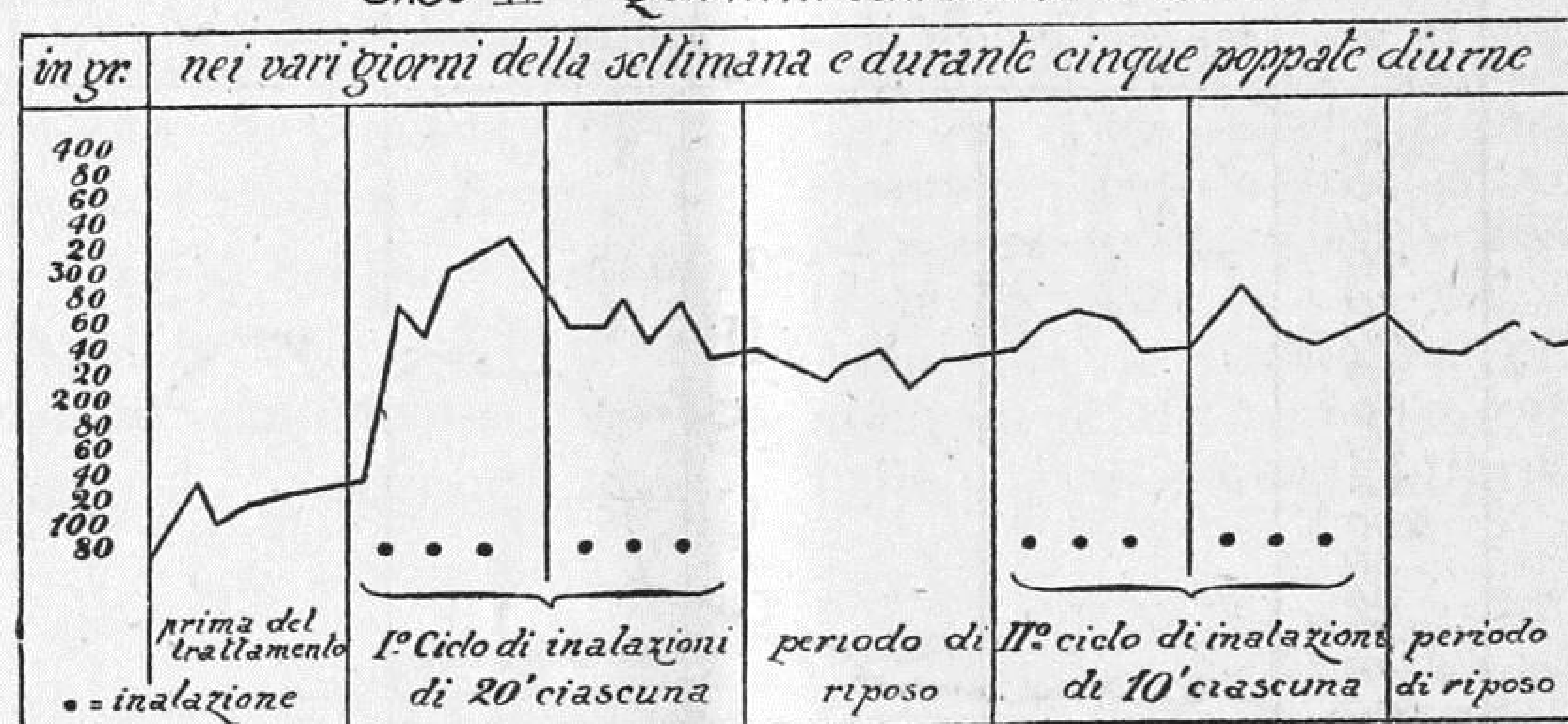
Durante le altre tre inalazioni di 20' ciascuna gr. 475-480.

Nei dieci giorni seguenti di riposo gr. 465-470.

Il trattamento è stato sospeso a causa di dimissioni della madre.

CASO V. — Cast., di anni 28, terzipara, sgravatasi da 2 1/2 mesi di una bambina sana, assoggettata dopo il primo mese, per deficienza di latte, ad allattamento misto: peso attuale gr. 4550.

Nella settimana prima del trattamento la quantità totale media giornaliera di latte materno nelle cinque poppate diurne ha oscillato tra gr. 390 e 400, e tale si è mantenuta, salvo lievi oscillazioni in più, sia durante tutto il 1° ciclo di inalazioni di 20' ciascuna ed il susseguente periodo di riposo, e sia durante il 2° ciclo di inalazioni di 10'. Da notare che la donna è alquanto deficiente.



CASO VI. — C., di anni 18, con Wassermann negativa, sgravatasi da tre mesi di un bambino apparentemente sano, un poco prematuro, assoggettato fino dai primi giorni, data la estrema deficienza di latte materno, ad allattamento in prevalenza misto: peso attuale gr. 4020 (!).

Durante la settimana prima del trattamento: quantità totale media giornaliera di latte materno nelle cinque poppate diurne gr. 120-130.

Nelle due settimane del primo ciclo di inalazioni di 20' (totale 6): quantità totale media giornaliera di latte: gr. 290-300.

Durante i 10 giorni del periodo di riposo gr. 240-250.

Nelle due settimane relative al 2° ciclo di inalazioni di 10' (totale 6) gr. 260-265.

Nella settimana seguente di riposo gr. 250.

Appetito un po' aumentato, stato generale soddisfacente.

CASO VII. — Gr., di anni 20, primipara, sgravatasi da un mese di una bambina sana, assoggettata dopo la terza settimana ad allattamento misto in conseguenza di una mastite sopraggiunta alla madre nella mammella destra, per cui è stata costretta continuare l'allattamento solamente con quella sinistra: peso attuale gr. 2870.

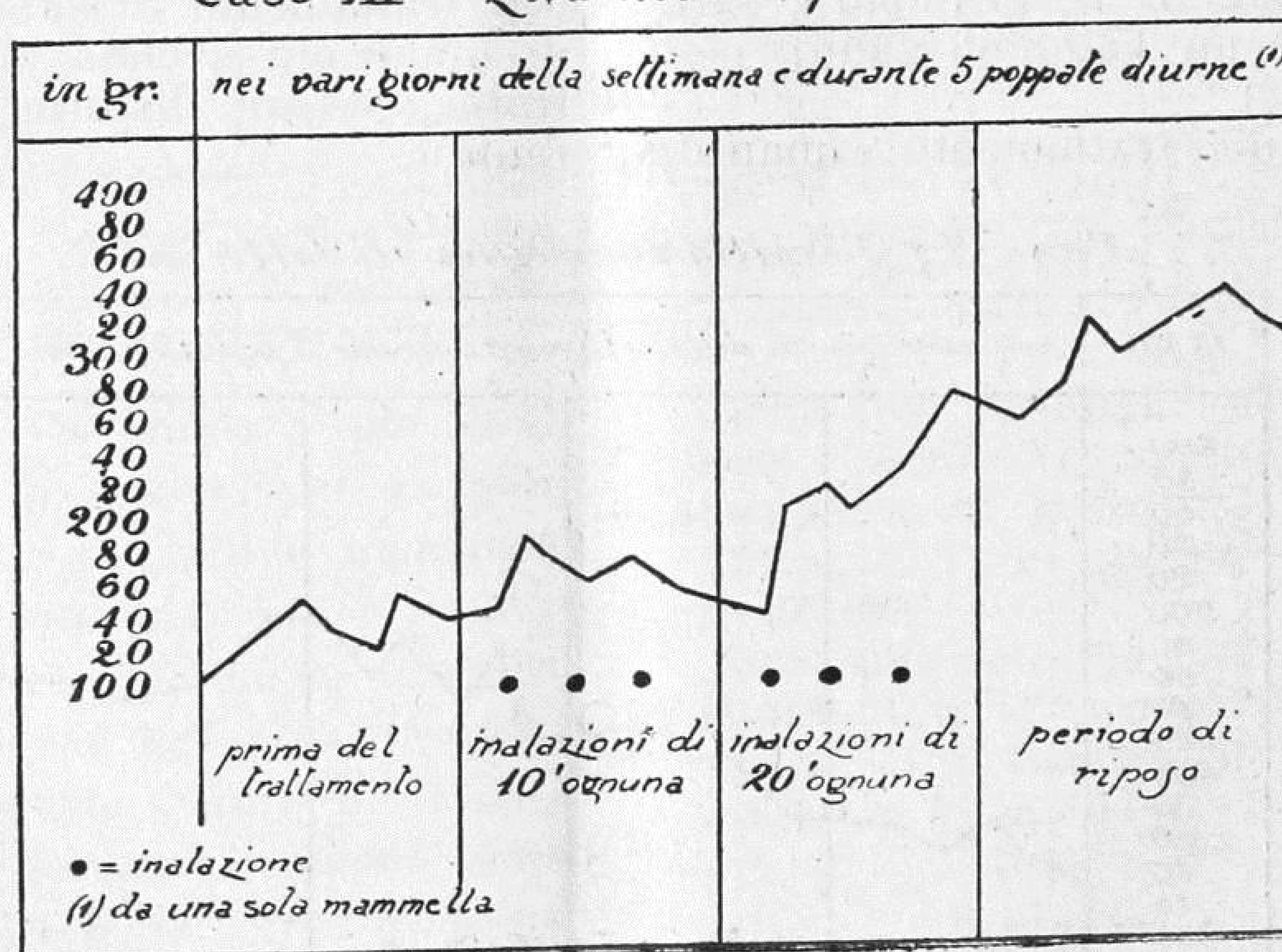
Nella settimana prima del trattamento: quantità totale media giornaliera di latte dalla mammella sinistra nelle cinque poppate diurne gr. 140.

Durante le prime tre inalazioni di 10' ciascuna gr. 170.

Durante le altre tre inalazioni di 20' ciascuna gr. 250.

Nei dieci giorni seguenti di riposo gr. 310.

Appetito normale, condizioni generali buone: il trattamento è stato sospeso a causa di dimissioni della madre.

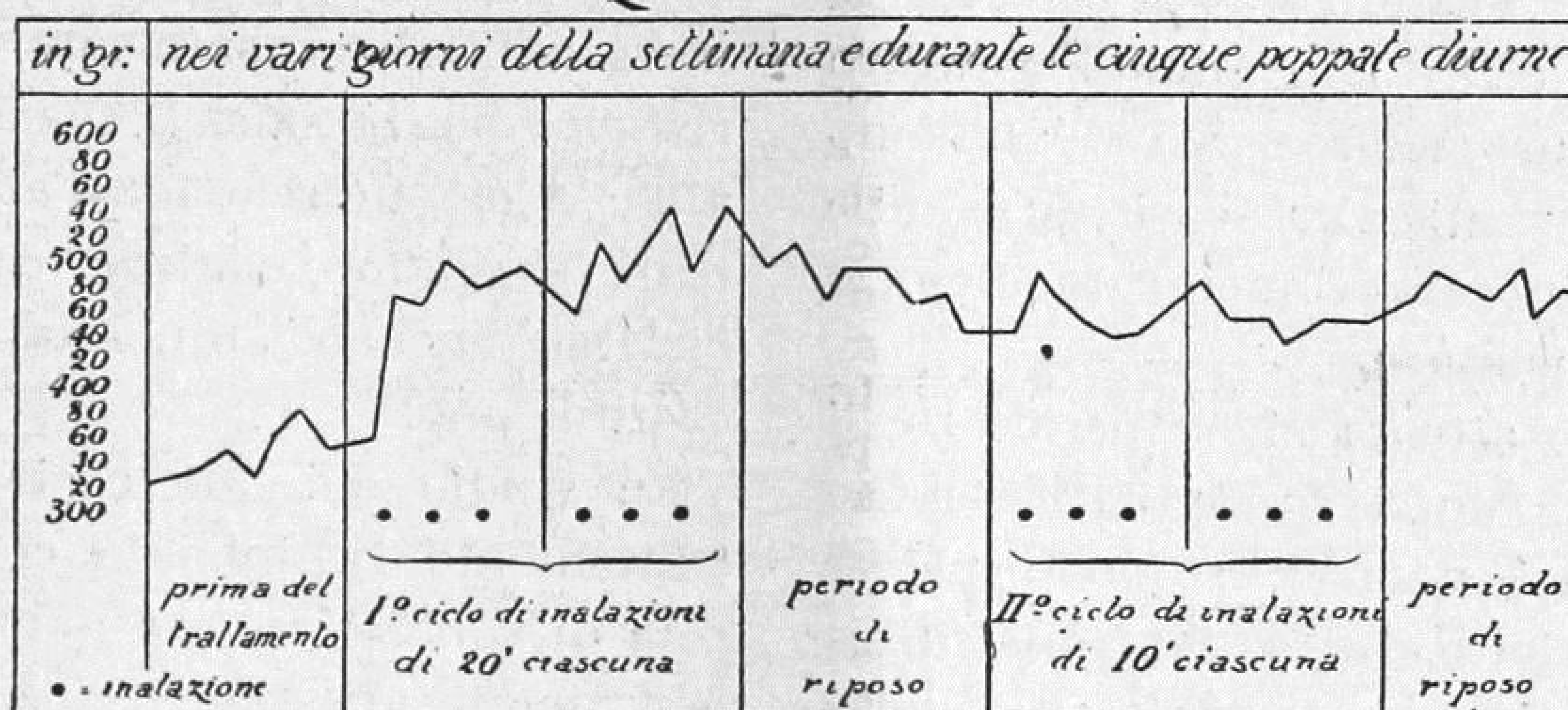


CASO VIII. — Guard., di anni 25, primipara, sgravatasi da 3 mesi di una bambina sana; assoggettata dopo il primo mese ad allattamento misto per deficiente secrezione lattea: peso attuale gr. 5350.

Nella settimana prima del trattamento: quantità totale media giornaliera di latte materno nelle cinque poppate diurne gr. 360.

Durante le due settimane del 1° ciclo di inalazioni di 20' (totale 6): quantità totale media giornaliera di latte gr. 500-510.

CASO VIII°. – QUANTITÀ COMPLESSIVA DI LATTE

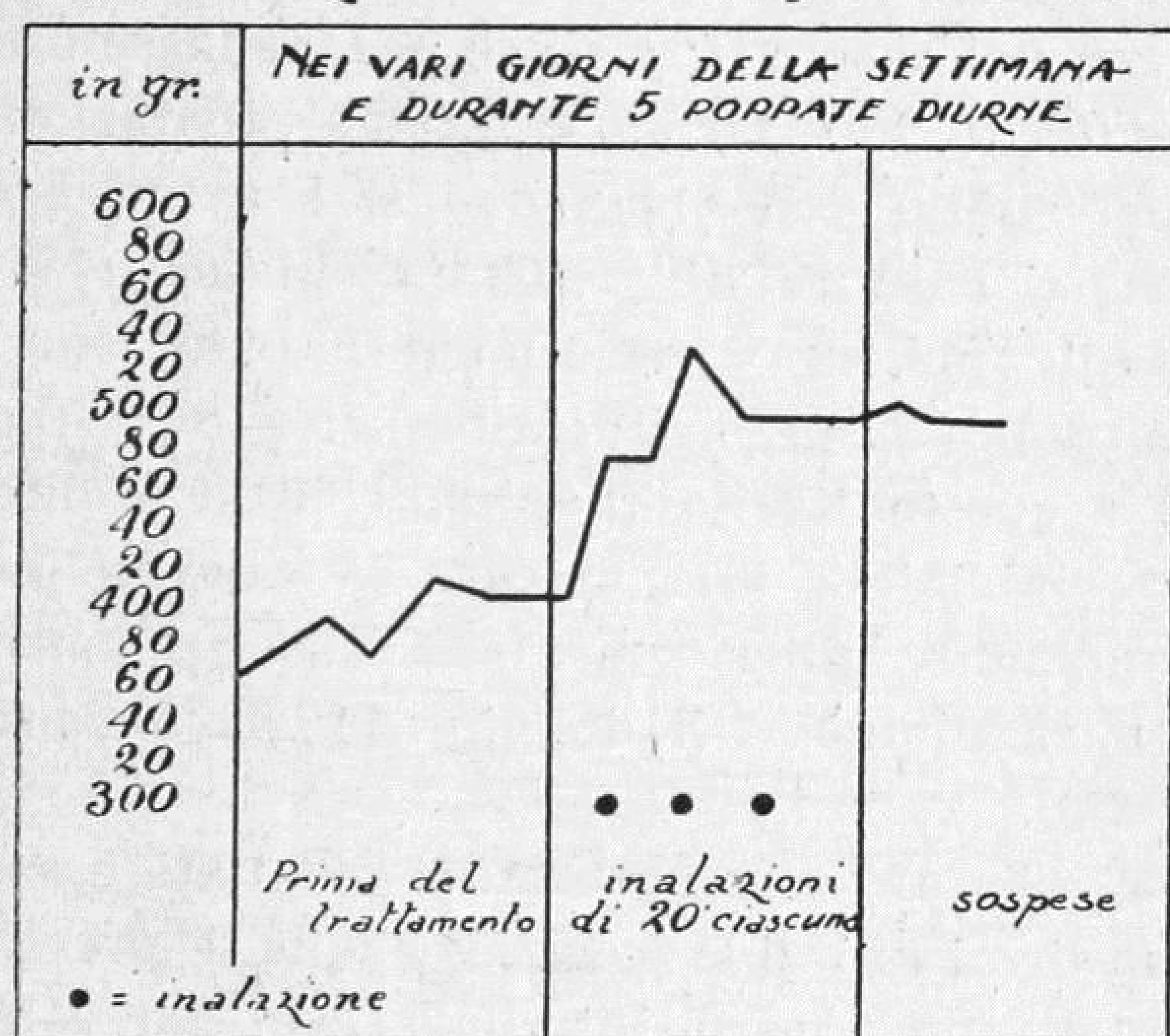


Durante i dieci giorni del periodo di riposo gr. 480.

Nelle due settimane relative al 2° ciclo di inalazioni di 10' (totale 6) gr. 470.

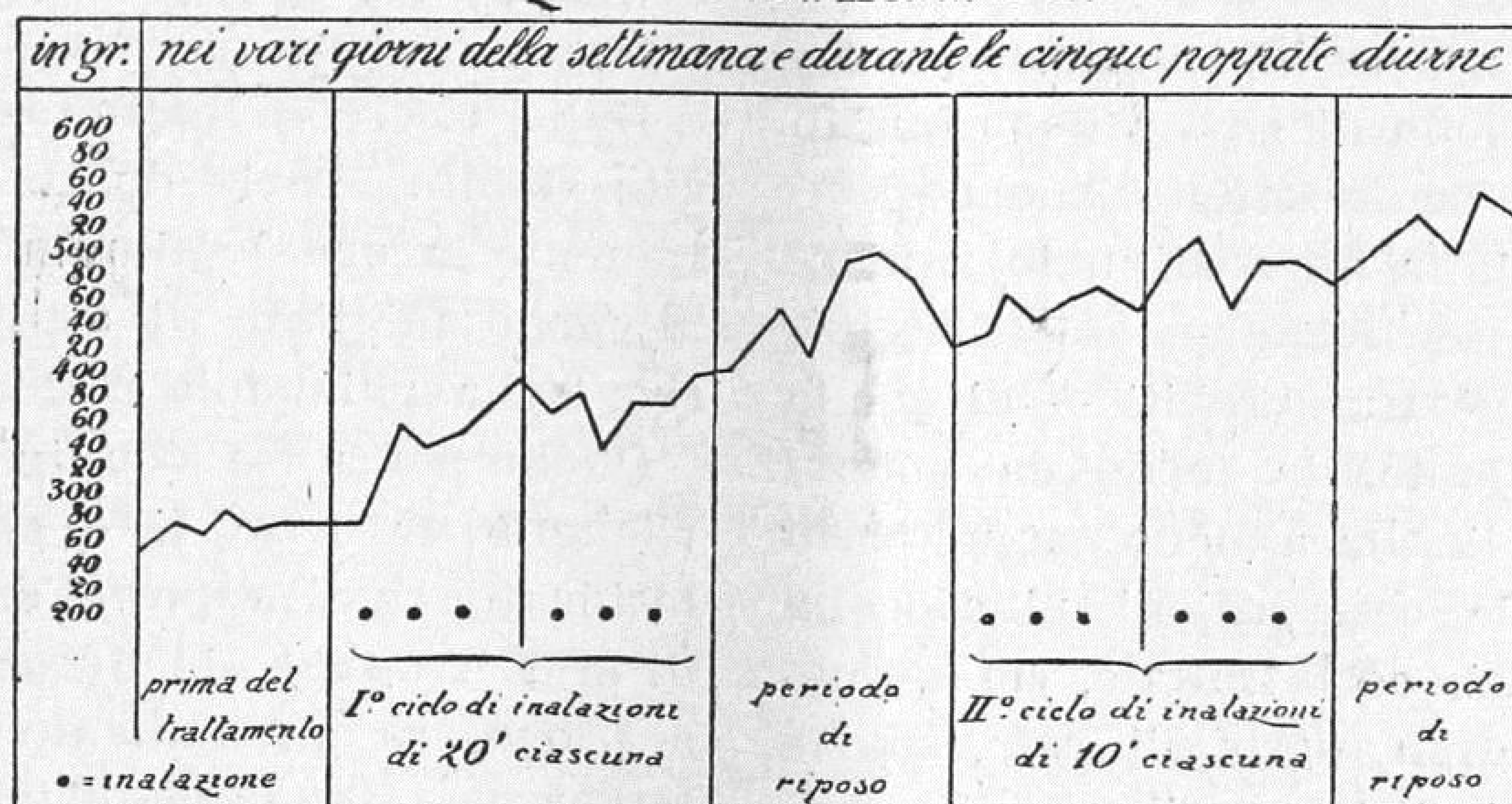
Nella settimana seguente di riposo gr. 480.

CASO IX - QUANTITÀ COMPLESSIVA DI LATTE



CASO IX. — Br., di anni 22, primipara, sgravatasi da 2 1/2 mesi di un bambino apparentemente sano, assoggettato dopo 40 giorni ad allattamento misto: peso attuale gr. 5210.

CASO X°. – QUANTITÀ COMPLESSIVA DI LATTE –



Nella settimana prima del trattamento: quantità totale media giornaliera di latte materno nelle cinque poppate diurne gr. 400.

Durante la settimana delle prime tre inalazioni di 20' gr. 500.

Il trattamento fu dovuto sospendere per improvvise dimissioni della madre.

CASO X. — Me., di anni 20, primipara, sgravatasi da 22 giorni di un bambino sano; allattamento naturale: peso attuale gr. 2890.

Nella settimana prima del trattamento: quantità totale media giornaliera di latte materno in cinque poppate diurne gr. 290-300.

Durante le due settimane del 1° ciclo di inalazioni di 20' (totale 6): quantità totale media giornaliera di latte gr. 380.

Durante i dieci giorni del periodo di riposo gr. 460.

Nelle due settimane relative al 2° ciclo di inalazioni di 10' (totale 6) gr. 485.

Nella settimana seguente di riposo gr. 520.

Appetito e condizioni generali ottime.

Dallo studio dei singoli casi e meglio ancora da quello delle grafiche annesse risulta innanzi tutto ed in modo evidente l'effetto accentuato e benefico delle inalazioni di aria irradiata sulla secrezione lattea, fino ad arrivare in via generale almeno al doppio della quantità primitiva ed in molti casi anche al triplo.

Simile risultato finale si dimostra inoltre costante — sopra dieci casi un'unica eccezione, il n. V —; ma quello che veramente sorprende l'osservatore è da un lato la rapidità del fenomeno e dall'altro la persistenza di esso anche durante la sospensione del trattamento.

Indagando difatti l'andamento della grafica relativa al comportamento della secrezione lattea appare in modo netto come in tutti i 7 casi (ad eccezione del 3°) in cui furono praticate inalazioni di 20', *subito dopo* le prime inalazioni si è verificato un aumento sempre notevole di secre-

zione lattea, talora così accentuata da raggiungere il triplo solo dopo le due prime inalazioni (casi n. 1-2-6). In questi casi — mi sia permesso di definirli come « ipersensibili » — le successive 3-4 inalazioni del 1° ciclo non hanno peraltro condotto ad un ulteriore e progressivo aumento di latte, mentre che negli altri casi un simile fatto, sebbene in grado relativamente modico, si è di regola potuto constatare.

Inoltre l'osservazione attenta ci ha permesso di rilevare che in genere dopo 2 ore dall'eseguita inalazione già potevasi notare in modo palese l'effetto benefico prodotto coll'attivazione della secrezione della ghiandola mammaria. Del resto anche nell'osservazione terza l'aumento della secrezione lattea si è egualmente verificata, soltanto essa si è presentata con un certo ritardo, in quanto è apparsa in modo veramente sensibile solo dopo la 4ª inalazione di aria irradiata.

Durante i dieci giorni di sospensione del trattamento consecutivi al 1° ciclo di inalazioni, la quantità di latte in linea generale si è mantenuta costante, ad eccezione dei casi n. VI e VIII in cui si è notata una lieve diminuzione del massimo raggiunto, ai quali peraltro si possono contrapporre i casi n. I e X, in cui invece è stato rilevato perfino un ulteriore aumento.

Il II ciclo di inalazioni, iniziato dopo 10 giorni di sospensione dal primo ed eseguito colle stesse modalità di tecnica ma per la durata di soli 10', non ha dimostrato per regola alcuna influenza sulla secrezione lattea, se si eccettuano i casi n. II e X; nei quali si è reso evidente un aumento per quanto modico.

Un simile risultato può logicamente essere messo in relazione o al trattamento perchè ridotto ovvero al raggiungimento, ormai avvenuto, di potenzialità massima della funzione della ghiandola mammaria, consecutiva allo stimolo provocato dalle prime inalazioni di aria irradiata. Di ciò dovrò discutere in seguito.

Infine anche nel periodo di riposo dopo questo II ciclo di inalazioni, senza effetto almeno evidente, la quantità di latte ha continuato a mantenersi quasi allo stesso livello — le differenze in meno sono pressochè trascurabili — di quelle precedentemente raggiunte, in modo da potersi considerare come stabilizzata almeno per un certo tempo. E difatti nelle osservazioni ulteriori a carico di queste madri, così trattate, ho potuto constatare, come in gran parte di esse, anche dopo qualche mese di distanza, l'aumento dapprima verificatosi nella quantità di latte ha continuato a mantenersi costante, sia pure in grado leggermente inferiore: naturalmente, come sempre accade, anche qui si è verificata qualche rara eccezione in senso negativo.

Giacchè conviene tenere presente — come del resto può facilmente rilevarsi dallo studio delle singole grafiche — che ciascun caso, per quanto nelle linee generali si rassomigli, presenta tuttavia nell'andamento della curva delle caratteristiche sue proprie, che lo differenziano dagli altri; e ciò in relazione alla regola generale che ogni soggetto reagisce con caratteristiche speciali ad un dato stimolo a causa della sua intima costituzione.

Lo studio dei due casi IV e VII nei quali il trattamento fu iniziato con inalazioni della durata di soli 10' appare particolarmente importante per alcune questioni relative alla tecnica (durata dell'applicazione).

Ed invero le grafiche relative sono concordi nel dimostrare come in seguito alla prima settimana di cura, in cui furono eseguite tre inalazioni di 10', l'aumento della secrezione lattea si è verificata per un massimo di soli 50 gr. nel caso IV e di 40 gr. nel caso VII; mentre che nella settimana seguente, in cui furono praticate inalazioni di 20', già subito dopo la prima si è avuto un aumento nel caso IV di gr. 70 fino a 100, e rispettivamente nel caso VII fino a gr. 120; con tendenza dopo sospeso il trattamento o a mantenersi a questo livello raggiunto (vale a dire da gr. 370 iniziali a 480 nel caso IV) ovvero anche ad aumentare ulteriormente (come nel caso VII fino a raggiungere il doppio, da gr. 150 iniziali a gr. 320).

Se si confrontano pertanto i risultati osservati in questi ultimi due casi con quelli precedenti non può farsi a meno di rilevare la notevole importanza che esercita la diversa durata del trattamento, al punto da dovere ritenere questo dettaglio di tecnica come condizione indispensabile per ottenere o no un effetto benefico palese; concetto questo che del resto rientra nei principi generali di qualsiasi terapia in specie di ordine fisico.

Dalle ricerche finora eseguite non è certo lecito stabilire se la durata di 20' rappresenta veramente la dose optimum per ciò che si riferisce al modo migliore di attivare la funzione secretiva della ghiandola mammaria.

Quello per altro che in linea generale si può ritenere per certo si è che, seguendo la nuova tecnica da me proposta delle semplici inalazioni di aria irradiata, la durata di 10' è insufficiente a provocare un aumento sensibile di secrezione lattea, come lo convalidano anche le osservazioni praticate negli altri sette casi durante il II ciclo di inalazioni appunto di soli 10'. Conclusione questa che ci viene confermata anche dalle ricerche parallele eseguite con lo stesso trattamento a proposito della terapia del rachitismo.

Esperienze ulteriori si incaricheranno di dimostrare con maggiore precisione a proposito della tecnica quali variazioni sia necessario apportare a quella da me adottata, per raggiungere nella pratica i migliori risultati tanto per ciò che riguarda la durata dell'inalazione, la frequenza di essa — da me per altro stabilita in base ai risultati raggiunti colle ricerche parallele eseguite dal mio assistente D. Sechi sulla crasi sanguigna — quanto per la intensità e la qualità delle radiazioni emesse dalla sorgente luminosa e di cui è stato fatto cenno al principio del lavoro.

A parte pertanto la importante questione della durata del trattamento, dalle ricerche da me eseguite non si riesce a dimostrare alcuna relazione nè tra l'età del soggetto e la produzione del fenomeno (attivazione della secrezione lattea) e la sua rapidità ed intensità, nè tra questi elementi ed il numero dei parti avuti in precedenza dalle varie donne.

Ed invero, per citare solo un esempio, mentre nel caso n. 1 rappresentato da una donna di 40 anni di età e per giunta primipara l'effetto è stato veramente straordinario, invece nel caso n. V esso è stato nullo non ostante il soggetto fosse assai più giovane (28 anni) ed inoltre terzipara, e con ghiandola mammaria già esercitata al funzionamento pei due precedenti allattamenti, per quanto misti.

Infine le osservazioni praticate permettono anche di concludere che i vari soggetti sottoposti alle inalazioni di aria irradiata mentre da un lato non hanno mai presentato disturbi di alcun genere, almeno apprezzabili, nè subbiettivi nè obbiettivi, d'altro canto hanno tratto un aumento di appetito ed in genere un miglioramento nelle condizioni generali e quindi un effetto eutrofico sull'organismo.

Certo nessuna discussione è ammissibile sull'attendibilità dei risultati registrati: tanto essi sono chiari e concordi per quanto indubbiamente un po' sorprendenti ed imprevisti.

Dove invece può riuscire utile la discussione è sul modo di azione di questa aria inalata evidentemente arricchita ed in parte saturata di energia elettrica, la quale, assorbita attraverso i polmoni, viene messa in contatto ed utilizzata dal sangue circolante. Qui non è il caso nemmeno lontano di prendere in considerazione, per spiegare i risultati ottenuti, l'influenza del fattore psichico, come invece mette in rilievo — credo giustamente — il Guillaume (1) nel suo recentissimo trattato (1927) per spiegare taluni effetti dei raggi U. V. descritti da alcuni osservatori sulla tiroide, timo, apparato digestivo, (stitichezza, enterocolite) tutt'altro che tassativamente dimostrati; in quanto — a parte che il benefico risultato, oltre essere così netto, si è mantenuto anche durante la sospensione del trattamento — nei nostri casi, trattandosi di soggetti completamente ignoranti ed anzi timorosi di qualsiasi cura in specie di questo genere, il fattore psichico o avrebbe dovuto essere assente o caso mai avrebbe agito in senso contrario cioè inibitorio.

In merito pertanto al meccanismo di azione di quest'aria irradiata ritengo opportuno, per evitare inutili ripetizioni, rimandare il lettore a quanto ho esposto al riguardo a proposito della sua applicazione nella cura del rachitismo.

Sarà solo sufficiente riassumerlo nella seguente formulazione:

Le radiazioni U. V. emesse dalla sorgente luminosa provocano colle radiazioni di lunghezza di onda ordinaria 340-200 $\mu\mu$ una ionizzazione delle particelle invisibili di sostanze contenute abitualmente nell'aria che si respira, e con quella di più corta lunghezza di onda 180-140 $\mu\mu$ la ionizzazione dei gas pure dell'aria, ed in prima linea dell'ossigeno (Lénard-Bloch), per cui tanto i gas quanto tali particelle si ionizzano e l'atmosfera diviene carica di elettroni dotati di una considerevole velocità. Essi venendo inalati, e messi a contatto attraverso la superficie respiratoria polmonare col sangue circolante e da questo assorbiti, riescono a penetrare nell'organismo ed a modificare l'equilibrio elettronico dalle sue varie cellule, cariche come è noto di proprietà elettriche in prevalenza positive, e variando quindi lo stato colloidale del loro protoplasma ad agire in definitiva proprio sulla parte più importante cioè sul nucleo, pel quale hanno maggiore affinità. Pertanto la differenza di potenziale esistente tra le cellule caricate positivamente e gli elettroni negativi deve necessariamente esercitare la sua influenza sui vari scambi osmotici e quindi sulla maggiore o minore attività funzionale secretoria, motoria e blastica delle singole cellule dell'organismo (e perciò anche su quelle della ghiandola mammaria) in relazione appunto alla carica — giusta od eccessiva — di energia stessa.

Allo stato attuale della nostra conoscenza a me è sembrata questa la ipotesi più plausibile per spiegare il meccanismo di azione dell'inalazione di aria irradiata coi raggi U. V.: ipotesi confortata dalle ricerche eseguite contemporaneamente nella mia Clinica sul rachitismo, sul sangue e sulla glicemia. Del resto gli studi ulteriori di ordine fisico-chimico e chimico-biologico, che in omaggio al moderno indirizzo mi auguro non

———

(1) GUILLAUME. *Les radiations lumineuses en phisiologie et thérapeutique.* Masson, ed.., Paris 1927.

mancheranno da parte degli elettrobiologi su questo importante argomento di carattere generale, si incaricheranno di dimostrare quale fondamento di verità abbia una simile concezione fisio-patogenetica dell'azione della luce sui fenomeni vitali degli esseri viventi.

L'importanza pratica clinica dei risultati raggiunti con simile trattamento sulle donne allattanti non può certo sfuggire all'osservatore. Con esso infatti noi abbiamo potuto fare beneficare dell'allattamento misto taluni bimbi lattanti, (ad es. i casi n. I-II-III-VI) i quali diversamente nelle abituali condizioni sarebbero stati costretti all'allattamento artificiale con le note dannose conseguenze, data l'esigua e quasi trascurabile quantità di latte materno — appena 25-30 gr. per poppata — e per conseguenza concedere loro l'incommensurabile vantaggio di un normale accrescimento insieme al regolare sviluppo. Giacchè conviene tenere presente che nessuno dei molteplici e comuni galattogeni in uso è capace di dimostrare un'azione paragonabile a quella riscontrata coll'uso dell'aria irradiata, anche non volendo tener conto della semplicità di questo ultimo metodo, il quale non fosse altro evita l'ingestione e per giunta continuata, di medicamenti, non sempre indifferentemente tollerati dalle pazienti.

Inoltre le osservazioni da noi praticate permettono di darci una plausibile spiegazione del fenomeno che abitualmente e con grave danno occorre nella pratica a carico di talune nutrici che dalla campagna si recano in città per l'allattamento dei bambini ed alle quali dopo i primi giorni di vita cittadina rapidamente tende a diminuire il latte fino a ridursi talora ad 1/3 della quantità primitiva (non ostante anzi un migliore tenore di vita, ed in specie di vitto, ed un succhiamento regolare da parte del bimbo); diminuzione che per fortuna in via generale tende a scomparire non appena la nutrice ritorna in campagna semplicemente a respirare l'aria irradiata dal sole.

Del resto questi risultati da noi descritti hanno evidentemente una portata ben più vasta di quelli illustrati a proposito delle madri allattanti; in quanto ci fanno intravedere la possibilità e l'utilità di importanti ricerche scientifiche oltre che di applicazioni pratiche anche nel campo zootecnico.

Difatti nulla vieta di ritenere possibile — per non dire assai probabile — che anche gli animali lattiferi, sottoposti ad un simile trattamento, riescano a produrre una maggiore quantità di latte, con quanto vantaggio da parte degli allevatori, in specie di certe regioni, e per riflesso dell'economia sociale, è facile immaginare. Ipotesi questa che del resto trova già conforto nell'osservazione a tutti nota che le vacche lattifere tenute costantemente all'aperto, all'aria libera (esempio tipico quelle delle grandi produzioni industriali del Canadà), producono un latte qualitativamente e quantitativamente superiore a quelle costrette a condurre una vita chiusa in ambienti per quanto igienicamente costruiti e mantenuti.

Da ultimo è logico il supporre che la stessa attivazione di funzione riscontrata nella ghiandola mammaria debba in via ordinaria verificarsi anche nelle altre ghiandole dell'organismo animale tanto a secrezione interna che esterna, sottoposto ad inalazioni di aria intensamente irradiata. Non si potrebbe difatti concepire un fenomeno inverso, o quanto meno esclusivo nel senso che tra le varie ghiandole solo la mammaria fosse quella che riuscisse ad attivarsi nel suo funzionamento. E che invece il fenomeno sia, come pensiàmo, di ordine generale, lo possono fino da ora confermare in parte le osservazioni riportate al principio del presente lavoro a proposito della constatazione fatta dagli allevatori americani e tedeschi sulla maggiore quantità di produzione di uova da parte delle galline sottoposte alle irradiazioni di raggi U. V., fatto dovuto evidentemente ad aumentata funzionalità della loro ghiandola ovarica. Risultato questo che in base alle nostre ricerche sugli effetti dell'inalazione di aria irradiata trova una plausibile spiegazione per riguardo all'azione esercitata dai raggi U. V. Difatti date le nostre cognizioni sulla minima loro penetrabilità attraverso la superficie cutanea, non si riusciva fino ad ora a ben comprendere come essi potessero arrivare ad agire sugli organi interni e per giunta in animali ricoperti di piume e perciò impossibilitati ad assorbire le radiazioni luminose incidenti sul loro corpo.

È da augurarsi che questo promettente campo di studi attiri in modo particolare l'attenzione degli studiosi in maniera che anche la pratica, specialmente medica, se ne possa avvantaggiare in modo sensibile oltre che pel raggiungimento di risultati tangibili anche per la questione, assai delicata ed ancora in gran parte sconosciuta, della tecnica cioè più adatta per ottenere i migliori effetti senza provocare alcun danno.

In maniera schematica e tralasciando i particolari, in base alle ricerche eseguite ci sembra lecito trarre le seguenti conclusioni:

1) Le inalazioni di 20' di aria irradiata con raggi U. V., prodotti da una lampada ad arco a vapori di mercurio con voltaggio aumentato, praticate su donne allattanti con deficiente secrezione lattea, provocano un accentuato aumento della medesima fino ad arrivare in via generale

al doppio della quantità primitiva e talora a sorpassarlo.

2) Il fenomeno si osserva subito dopo le prime inalazioni praticate a giorni alterni, ed esso richiede uno scarso numero di applicazioni.

3) L'aumento di secrezione lattea tende in via generale a mantenersi per molto tempo al livello raggiunto anche a trattamento sospeso.

4) Nessun danno subbiettivo od obbiettivo apprezzabile è stato notato a carico dei vari soggetti così trattati; è stato invece possibile rilevare un'azione eutrofica generale a carico dell'organismo.

5) È logico ritenere che anche sugli altri animali lattiferi un tale trattamento produca identici risultati.

Pavia, agosto 1927.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE S. SPIRITO IN SONCINO (Cremona).

Nuova varietà di membrana peritiflocolica (peritiflo-colon-sigmoidea).

Prof. E. LEO,
Docente Patologia Chirurgica alla R. Un. di Pisa,
Chirurgo-Direttore.

Delle membrane peritiflocoliche mi sono occupato, specie dal punto di vista anatomo-patologico, di proposito nel mio lavoro che, col titolo di « Briglie intestinali abnormi congenite », è comparso sulla *Gazzetta Internazionale Medico-Chirurgica*, nn. 21-23, 1926. Non mi ripeterò quindi in questa nota anatomo-clinica nella quale presento una nuova varietà di membrana peritiflocolica, e solo mi limiterò ad abbozzare quanto della clinica e dell'anatomia patologica è strettamente necessario alla comprensione dell'argomento.

La sindrome che si sostiene su queste formazioni ligamentose anomale intestinali e che si può racchiudere nella « stipsi intestinale cronica » di natura chirurgica, a differenza di altre molteplici a carattere umorale funzionale dietetico endocrino ecc., viene spesso scambiata e confusa sopratutto colla cosidetta appendicite cronica primaria. Se allora si asporta senz'altro l'appendice che in casi siffatti è per lo più sana o con lesioni tali da non giustificare il quadro che ha determinato l'intervento chirurgico, presto i disturbi anteriori ricompariranno se non aggravati per lo meno uguali. Segno codesto che l'appendice nulla aveva da fare nel quadro nosologico, o molto poco, e che la causa invece risiedeva in altro organo. Senza interessarci delle molteplici circostanze causali d'indole chirurgica determinanti la stipsi cronica, delle quali in un mio lavoro sulla « Cosidetta appendicite cronica primaria » inviato già alla *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, è trattato diffusamente; rammento che da tempo, grazie all'accrescersi del numero degli interventi laparotomici ad incisioni non avare e delle osservazioni cliniche e bioscopiche in materia, si è inclini ad attribuire una larga percentuale di casi della complessa sindrome inerente alla stitichezza abituale, alle membrane peritiflocoliche. Le quali, sempre congenite, possono riscontrarsi — secondo Lane — alla terminazione dell'ileo, sull'appendice, sul colon ascendente, sulle flessure epatica e splenica del colon, sul sigma: in una parola sul crasso, su tutto cioè l'organo dove generalmente ha luogo il fatto meccanico della stasi fecale. La briglia ileale di Lane (1901) e la tipica membrana di Jackson (1909) sono espressioni, quella per la terminazione del tenue questa per il colon ascendente, di simili formazioni membranose abnormi dell'intestino, che — si noti subito — allora sono motivo di molestie quando, per ragioni di sviluppo o meccaniche acquisite o flogistiche, provocano — a carico delle anse intestinali interessate — vizi di forma o di sede, sì da rientrare nel quadro generico delle « stenosi ileo-coliche di posizione » (Donati). Queste, che possono tradursi sotto forma di inflessioni, incurvamenti, angolature, coartazioni, retrazioni, costrizioni più o meno accentuate delle anse intestinali in rapporto colle briglie abnormi, e che possono mettersi in evidenza coll'esame radiologico (il quale — si badi — non rivela mai le membrane — Mainoldi —), producono una stasi fecale a monte (stitichezza a tipo ascendente — Stierlin —), la quale segna il punto di partenza dei diversi disturbi legati, ma non caratteristici, alle membrane peritiflocoliche e perileale: disturbi che, fondamentalmente di natura meccanica meno o più imponenti fino talora a toccare il grado dell'occlusione (Cignozzi, ecc.), possono a lungo andare accompagnarsi ad altri d'indole infiammatoria, tossica, ecc.

Il Taddei fin dal 1920 al 27° Congresso Italiano di Chirurgia comunicò una classifica delle varie formazioni membranose peritiflocoliche, raggruppandole in tipi che, avendo una base anatomica (decorso dei vasi nelle membrane e posizione di queste), non può non accettarsi ed è destinata a rimanere. Senza dubbio la classifica del Taddei contiene, delle membrane peritiflocoliche, tutti i tipi; ma il numero delle varietà annesse a ciascuno di essi non può dirsi chiuso ed esaurito per la ragione ovvia che, trattandosi

appunto di varietà da ritenersi in dipendenza di fattori inscindibili dallo sviluppo dell'organismo, quelle possono stabilirsi in forme diverse come in modalità diverse può compiersi lo sviluppo di questo e, più precisamente nel caso nostro, lo sviluppo del peritoneo, visto che le formazioni membranose in discorso non sono che legamenti peritoneali abnormi i quali si differenziano dai diversi meso normali, appunto perchè incostanti.

Innanzi di riportare il caso clinico che io stimo utile rendere noto perchè offre una varietà di membrana pericolica fin'oggi non segnalata, ricordo in ischema la classificazione del Taddei riguardante le membrane peritiflocoliche le quali, come s'è accennato, vengono distribuite in tre tipi distinti e dal decorso dei vasi che si dispongono secondo la linea di forza e di trazione delle membrane, e dalla posizione delle medesime.

Così il 1° *Tipo* comprende quelle membrane che partono dalla parete laterale destra dell'addome, si avanzano trasversalmente verso la linea mediana come trasversale è il tragitto dei loro vasi, per finire sul colon destro a livelli diversi, dando le varietà:

a) parieto-colica laterale;

b) parieto-coloncecale laterale;

c) parieto-cecale laterale.

Il 2° *Tipo* invece raggruppa quelle membrane che dalla parete laterale destra dell'addome procedono obliquamente a sinistra e dall'alto in basso, per inserirsi sul colon destro ad altezze differenti, formando le varietà:

a) parieto-colica discendente (tipica membrana di Jackson);

b) parieto-coloncecale discendente;

c) ceco-iliaca discendente, che può associarsi all'una o all'altra delle due varietà precedenti.

Il 3° *Tipo* infine raccoglie quelle membrane che, disponendosi nell'angolo tra il colon ascendente e la prima porzione del trasverso, sono irrorate da vasi decorrenti in senso perpendicolare al grande asse delle due anse coliche. A seconda che queste membrane sieno indipendenti o meno dall'omento, si hanno le varietà:

a) interangolo-colica non costituita da aderenze omentali;

b) interangolo-colica costituita da aderenze omentali, che è sempre associata alla tipica membrana di Jackson (1ª varietà del 2° tipo).

Ed ecco ora il caso clinico.

A. P., a. 26, da Soncino. Ent. Osp. il 22-9-26.

Da circa 4 anni a questa parte avverte dolori quando lievi, quando intensi, al quadrante inf. destro addominale, verso la fossa iliaca sopratutto; talora ha avuto conato di vomito. Stitichezza abituale: le defecazioni avvengono ogni 4-5 giorni. Da 4 mesi in qua i dolori si sono fatti più notevoli, il conato di vomito altrettanto. Si sono aggiunti poi disappetenza e dimagramento. Non è mancato a giorni qualche lieve rialzo termico serotino, più sensibile negli ultimi tempi. I dolori nella fossa iliaca destra sono più accentuati nel 1° giorno delle mestruazioni.

Tifo all'età di 10 anni; talora angina febbrile. Anamnesi familiare negativa. Nulla a carico dell'apparato pleuro-bronco-polmonare. Si nota qualche intermittenza cardiaca.

Addome meteorico alquanto e trattabile ovunque. La pressione nel punto di Mac-Burney e in quello di Lanz riesce dolorosa; si suscita talora gorgoglio nella fossa iliaca destra. Indolora la pressione lungo il decorso del colon. Non albumina nè glucosio nelle orine.

Operazione 27-9-26. Morfioeterenarcosi. Laparotomia pararettale destra. Si trova il ceco lungo, assai mobile e rotato all'interno da una membrana che, attorniandolo completamente e comprendendo altresì il terzo prossimale del colon ascendente, termina sul sigma colico che perciò è spostato nella fossa iliaca destra. L'appendice, libera e lunga, non mostra segni evidenti di alterazioni.

a) Si divide la membrana in senso perpendicolare al tragitto dei vasi, che decorrono apparentemente dall'esterno all'interno (da destra a sinistra) e dall'alto al basso, nel tratto tra ceco e sigma: si libera così quello da questo e si peritoneizzano le superficie cruentate suturando i margini rispondenti dei foglietti della membrana divisa, da una parte e dall'altra.

b) Si eseguisce una plicatura del ceco che in tal modo si riduce in lunghezza.

c) Appendicectomia. L'appendice, lunga 8 cm., è pervia e contiene feci.

Chiusura del ventre.

Guarigione per 1ª. Il decorso postoperatorio fu complicato a flebite dell'arto inf. sinistro. L'a. uscì guarita dall'Osp. il 10-11-26.

Secondo la classifica stabilita dal Taddei delle membrane peritiflocoliche, la formazione membranosa repertata nel caso testè descritto dovrebbe dunque, pel decorso apparente dei vasi obliquo da destra a sinistra e dall'alto al basso, annoverarsi tra le membrane del 2° tipo. Queste però non oltrepassano medialmente i limiti del colon ascendente e del ceco, mentre lateralmente si distaccano dal peritoneo parietale destro. La membrana invece notata nel nostro caso si stendeva dal ceco e da porzione del colon ascendente all'esterno e a destra al sigma colico all'interno e a sinistra, e punto interessava il peritoneo parietale. Includo quindi detta membrana tra quelle del 3° tipo, benchè non possa dirsi tipica. Infatti le membrane del 3° tipo, costituite o non da aderenze omentali, occupano l'angolo compreso tra il colon ascendente e la prima porzione del trasverso, diversamente dalla formazione membranosa del caso riferito, la quale si disponeva tra il ceco e la prima porzione del colon ascendente e il sigma colico. Ma io constato che

la membrana medesima prende principio e termina tra due segmenti del grosso intestino come le membrane interangolo-coliche del 3° tipo, e per di più dopo la sezione ho visto essere formata, analogamente a queste, dall'addossamento dei due foglietti peritoneali, ant. e post., che continuano rispettivamente le lamine del peritoneo viscerale ant. e postero-laterale del sigma da una parte e del ceco e colon ascendente dall'altra, tanto che mi è riuscita perfettamente la plastica per divisione. La direzione dei vasi ancora, obliqua dall'alto al basso e da destra a sinistra nella membrana repertata, non è conforme a quella delle membrane del 3° tipo in cui si dirigono perpendicolarmente all'asse maggiore delle due anse coliche. Questo fatto contraditorio è però — a mio modo di vedere — soltanto apparente e non reale, perchè ritengo sia la direzione obliqua dei vasi da destra e dall'alto a sinistra e in basso non primitiva, bensì secondaria e conseguente allo stiramento esercitato, attraverso la membrana, dal sigma colico più basso e più distale sul ceco e colon ascendente più alti e più prossimali.

Spiegate così le apparenti contradizioni, le analogie dunque tra la membrana da me rilevata e quelle interangolo-coliche sono tanto evidenti che di conseguenza non si può tra esse escludere un'affinità assai prossima, in guisa da far considerare a ragione detta formazione membranosa quale altra varietà del 3° tipo delle membrane peritiflocoliche, secondo Taddei: varietà che, a quanto mi risulta, non è stata finora descritta da alcuno, e che, indipendente dall'omento come la 1ª varietà, io chiamerei *peritiflo-colon-sigmoidea.*

Tralasciando altre considerazioni d'indole anatomo-clinica che potrebbero dedursi dal caso riferito ma che ci porterebbero troppo oltre lo scopo di questa nota, accennerò soltanto che l'osservazione riportata è importante anche perchè il quadro nosologico il quale poteva far pensare alla presunta appendicite cronica *d'emblée*, nulla aveva — come si è veduto — di appendicite anatomo-patologicamente. Vi era invece un ceco mobile voluminoso e spostato insieme al sigma colico da una formazione peritoneale abnorme congenita: donde vizio anche di forma oltre che di posizione dei due segmenti colici e stasi fecale conseguente. L'appendice, libera e pervia, consentiva alla stasi del ceco, e nei tentativi più o meno inani di sgombero dei materiali fecali è ovvio prendesse parte alla sindrome dolorifica di spettanza del ceco repleto a cui altresì è da attribuire il gorgoglio provocato colle manovre palpatorie nella fossa iliaca destra, espressione di difficoltato vuotamento del ceco medesimo. L'appendice dunque, trovata priva di alterazioni, presentava soltanto libero il proprio lume: unico fatto questo per cui l'appendice, colma anch'essa di feci, risentiva della stasi fecale del ceco e avrebbe potuto in seguito subire lesioni più o meno importanti e aggravare quindi il quadro morboso proprio della stasi intestinale cronica.

La paziente, dall'epoca dell'intervento, non ha più sofferto di stitichezza nè dei disturbi a questa inerenti.

Per la *bibliografia* rimando a quelle annesse ai due miei lavori citati nel testo.

COMMENTI.

A proposito di una diagnosi di ascesso ossifluente, errata.

(Strana estrinsecazione del liquido d'una peritonite tubercolare).

Nel numero 34 della Sezione pratica del *Policlinico* il dott. Benci critica le osservazioni da me fatte intorno ad un caso di mal di Pott e di peritonite tubercolare, pubblicato — col medesimo titolo di questo commento — nel n. 24 dello stesso giornale. E, per dimostrarmi che non ho errato quando ho messa la diagnosi di ascesso ossifluente, ma quando l'ho abbandonata, tra l'altro mi fa dire ciò che non ho mai detto. Principalmente per questo torno sull'argomento.

1) Anzitutto il dott. Benci afferma che, nella tubercolosi della spina dorsale, alla « rigidità » e al « crollo vertebrale deve necessariamente accompagnarsi una raccolta ascessuale ». *Necessariamente?* E perchè? Tra le manifestazioni cliniche del mal di Pott, non ve n'è una *più incostante* dell'ascesso ossifluente. Può aversi come primo sintoma della malattia; può apparire in uno stadio qualunque di essa; *può mancare del tutto.* Per esempio, *non è affatto raro* che l'infiltrazione tubercolare cominci dal corpo della vertebra e vi resti circoscritta. Si forma, pel processo distruttivo, una cavità, circondata dal tessuto sottoperiosteo compatto, piena di fungosità, di masse caseose e di sequestri; ma che non raggiunge il periostio. Questo può avvenire in più vertebre. E allora l'ascesso non si produce, sebbene i corpi vertebrali — rammolliti ed in parte distrutti — cedano alla pressione della colonna soprastante, che crolla.

2) Continuando, il dott. Benci scrive che, nella mia ammalata, alla raccolta paravertebrale « segue psoite a destra con contrattura in flessione della coscia sul bacino ». Come « segue psoite »? Se anche il dott. Benci avesse data la dimostrazione dell'esistenza dell'ascesso ossifluente — e

non l'ha data —, la psoite *non ne sarebbe stata in ogni caso la conseguenza inevitabile.* Perchè, pure con gravi lesioni ossee, la quantità del pus, che si forma, può essere scarsa, e l'ascesso sottoperiosteo o paravertebrale — tanto se piccolo, quanto se « relativamente esteso » — può non rendersi manifesto e guarire per riassorbimento e sclerosi.

3) In conclusione, quest'ascesso ossifluente — *che, secondo alcuni autori, manca nella metà dei casi* — c'è stato, o non c'è stato? Io non l'ho visto. E lo stesso dott. Benci, dopo d'averne ammessa deduttivamente l'esistenza, sembra che abbia sentito il bisogno di darne la prova per via induttiva, perchè insiste su d'un sintoma importante: la contrattura in flessione della coscia. E forse — a giudicare dal contesto del suo commento — il dott. Benci ha ragionato così: contrattura dello psoas, dunque psoite; psoite, dunque ascesso ossifluente.

È chiaro, però, che il primo « dunque » sta a disagio tra la premessa e la conseguenza. Perchè, qui, contrattura dello psoas può significare: *a*) psoite da ascesso ossifluente; *b*) degenerazione del fascio piramidale; *c*) reazione provocata dal dolore. Avremmo, cioè, in quest'ultima ipotesi, quella contrattura dello psoas che, *nel mal di Pott dorso-lombare*, concorre a determinare il « *frequentissimo* » atteggiamento a Z, che nel nostro caso s'è verificato a destra della paziente.

Ora, scartata la degenerazione del fascio piramidale, a quale delle altre due cause doveva essere attribuita la contrattura?

Nella storia clinica è notato che, quando l'inferma s'avvide della saccoccia crurale (che cominciava a formarsi) non aveva più — per lo meno da 4 mesi — alcuna sofferenza, e camminava bene, poggiando al suolo la pianta del piede destro. Dunque, almeno da 4 mesi non c'era più contrattura. Quale conclusione doveva trarsi da questo fatto? Io so bene che se c'è contrattura dello psoas senza psoite, c'è pure psoite senza contrattura. Ma se della contrattura — *che qui già esisteva* — fosse stata causa la *supposta* psoite, mi pareva strano che l'effetto sparisse e restasse la causa. Era invece — almeno per me — molto più verosimile riferire al dolore la contrattura, perchè col busto gessato erano scomparsi insieme la causa e l'effetto.

E non nascondo che questo ragionamento contribuì non poco a farmi mutare la diagnosi primitiva. Ma andiamo avanti.

4) Certo il liquido degli ascessi ossifluenti non sempre è purisimile, lattescente. Ma se, punta la sacca, esso — defluendo — può a principio mostrarsi sieroso, giallo e perfin trasparente, sulla fine — di regola — divien torbido e contiene detriti caseosi. Ciò non notai nella mia inferma. Notai invece che il liquido era lievissimamente torbido. E il fatto non contrasta colla patogenesi da me prospettata; sì bene con quella che mi si fa prospettare. Notai pure — e vi richiamai su l'attenzione, scrivendolo in corsivo — che il liquido estratto non era giallo-citrino, come il dott. Benci mi fa dire; ma *giallo-rossiccio*, come urina corrispondente — pel colorito — al IV grado della scala di Vogel. Ed infine aggiunsi — senza avere avuta la fortuna di farmi leggere dal dottor Benci — che questo liquido della saccoccia aveva *gli stessi caratteri* di quello estratto, seduta stante, dalla cavità peritoneale.

Ora, di fronte a questa *identità* dei caratteri dei due liquidi (e tenendo anche conto delle considerazioni or ora svolte), mi parve logico — e mi sembra ancora — che la saccoccia crurale non fosse l'espressione esterna d'una raccolta paravertebrale, come prima di pungere avevo diagnosticato; bensì facesse, insieme colla cavità peritoneale, un sistema di vasi comunicanti (se il paragone è permesso).

5) E allora, naturalmente, mi sono proposto di localizzare il canale di comunicazione. Non proprio fantasticando. Ma chiedendo continuamente aiuto all'anatomia patologica.

Però non ho mai supposta l'esistenza d'un « pacco di glandole retroperitoneali caseificate che abbia da una parte dato luogo alla raccolta della coscia destra, e dall'altra all'invasione peritoneale ». Dice bene il dott. Benci, che la « concezione pare un po' fantasiosa ». Ma è lui che se la forma. E poi, forse perchè fantasiosa, me l'attribuisce.

Io, invece, ho ragionato così.

L'anatomia patologica insegna che l'ascesso ossifluente da carie delle vertebre lombari, quand'è mediano, può seguire, fra tante vie, anche quella dell'arteria otturatrice, e giungere nella regione superiore-interna della coscia. E poichè proprio qui è giunto, nella mia inferma, l'essudato peritoneale, non è inverosimile che questo abbia percorsa la stessa via che può tenere l'ascesso ossifluente. Ma come sarà avvenuto? L'anatomia patologica insegna che nella peritonite tubercolare non solo è disseminata di tubercoli la superficie interna della sierosa, ma anche il connettivo sotto-peritoneale, *specialmente lungo i vasi che lo attraversano.* Anzi in questo connettivo l'anatomo-patologo trova, oltre ai tubercoli isolati, *anche veri ammassi tubercolari in preda a disfacimento caseoso.* Ora questi tubercolomi rammolliti non sono che piccoli ascessi freddi. Supposto, quindi, che uno di tali tubercolomi si sia formato

lungo il percorso dell'arteria otturatrice, e si sia rammollito — e nella supposizione non v'è nulla d'impossibile o d'inverosimile — non è nè impossibile, nè inverosimile che da un lato esso abbia usurato il peritoneo soprastante, e dell'altro — infiltrando il tessuto perivasale — sia giunto fra gli adduttori. Ecco scavata — ipoteticamente, ma non inverosimilmente — la via di comunicazione tra la saccoccia crurale e il peritoneo.

6) È avvenuto proprio così? Io non ho detto che mettevo la mano sul fuoco. Ma, se non questa, un'altra via ci sarà stata indubbiamente. Perchè contro la diagnosi di ascesso ossifluente stanno non solo la identità dei caratteri dei due liquidi e le considerazioni svolte sulla contrattura dello psoas, ma anche il rapido e completo riempimento della saccoccia appena vuotata del suo contenuto, e il successivo restringersi e sparire di essa nel medesimo tempo che avveniva il riassorbimento del liquido peritoneale. Questo fatto è molto suggestivo. Ed anche l'altro. Poichè non è punto verisimile che in un ascesso di congestione, manifestatosi *tardivamente* e vuotato per la prima volta dei 400 cmc. di liquido che conteneva, se ne formino *subito dopo — cioè in tre o quattro giorni* — altrettanti, mentre i sintomi nervosi e funzionali della lesione vertebrale *erano scomparsi da un pezzo.*

Calimera di Lecce, 30-8-1927.

Giovanni Vernazza.

Con questa Nota del dott. Vernazza riteniamo per parte nostra esaurita la polemica.

La Redazione.

SUNTI E RASSEGNE.

DIAGNOSTICA.

La diagnosi delle sindromi addominali acute.

(Birnie. *Boston Medical a. Surgical Journal*, 1927, n. 16).

La diagnosi dei disordini addominali acuti che richiedano un pronto intervento chirurgico rappresenta uno dei più interessanti problemi della medicina. In nessun altro campo la squisitezza dei sensi e la prontezza del raziocinio del medico sono messi così a prova. In questi casi egli non può fare appello a tutti quei mezzi d'indagine che la scienza ha messo a servizio della diagnostica: la decisione deve essere rapida per essere tempestiva, ed il medico non ha altra risorsa all'infuori dei suoi sensi e del suo senso clinico. Il più delle volte egli non può neppure indugiare per attendere il parere di un collega. Qualche volta l'urgenza del trattamento chirurgico non consente altra perdita di tempo all'infuori di quella necessaria per convincere i parenti e trasportare il paziente all'Ospedale.

Il sintoma costante e più imponente di ogni affezione addominale acuta è il dolore. Il modo d'inizio, la sua durata, la sua localizzazione costituiscono i suoi caratteri diagnostici più importanti, mentre la sua qualità ha uno scarso valore perchè la descrizione di una sensazione è cosa ben difficile ed ancor più per un individuo in istato di sofferenza. Con ciò non vuol dirsi che gli altri caratteri siano di facile accertamento: trattandosi di fatti subiettivi essi risentono le variazioni dipendenti dalla sensibilità e dal modo di esprimersi di ogni paziente. Altrettanto può dirsi per quel che riguarda la localizzazione del dolore: gli elementi forniti dall'infermo sono spesso molto vaghi ed occorre un esame molto accurato per ben precisare il punto dolente.

Il vomito ha scarso valore diagnostico nelle affezioni addominali acute in quanto può essere presente o mancare. In molti casi sembra una reazione al dolore, e come variano le altre reazioni può anche variare la tendenza al vomito.

La febbre non è un fatto costante perchè molte lesioni addominali acute non sono infiammatorie. L'elevazione della temperatura indica piuttosto il progresso del processo. Nella rottura di un viscere non c'è febbre fino a quando non si determina la peritonite secondaria. Un'appendicite gangrenosa può svilupparsi senza aumento di temperatura. Comunque la febbre quando c'è può avere un certo significato diagnostico.

Lo stesso può dirsi della leucocitosi, anch'essa

indice di un processo infiammatorio: è presente quando c'è reazione peritoneale, ma manca nelle lesioni addominali iniziali. Ad ogni modo essa importa una ricerca non sempre compatibile con l'urgenza del caso.

Si parla spesso di un polso addominale, ma in effetti la frequenza e gli altri caratteri del polso sono più l'indice delle condizioni generali del paziente che di una determinata lesione anatomo-patologica.

L'età del paziente può costituire un elemento di diagnosi, ma, come a tutti gli altri fattori presi singolarmente, ad essa non può essere dato gran peso. L'appendicite è chiamata la malattia degli adulti giovani, ma in effetti essa si verifica in tutte le età. La colecistite è considerata una malattia dell'età media, ma non è raro trovarla anche in giovanetti Perfino il carcinoma intestinale è stato riscontrato in individui giovanissimi.

La diagnosi delle affezioni addominali acute si deve fare esclusivamente in base ai dati anamnestici e all'esame fisico del paziente, specie con la palpazione.

La diagnosi differenziale deve considerare le seguenti forme: appendicite, occlusione intestinale, colecistite acuta, rottura di ulcera peptica, pancreatite acuta, diverticolite, trombosi mesenterica, infiammazione del diverticolo di Meckel, gestazione ectopica, cisti ovarica con peduncolo contorto, perforazione tifosa, trauma di un viscere, salpingite acuta, calcolo dell'uretere, pielite e parecchie altre affezioni mediche.

Alcune di queste forme, come la salpingite, la calcolosi ureterica e la pielite, devono essere prese in considerazione non perchè esse richieggono un intervento chirurgico urgente, ma perchè possono presentare una sintomatologia analoga a forma che di tale intervento hanno bisogno.

La salpingite acuta è quasi sempre bilaterale, e le molestie ed il dolore sono localizzati ad ambo i lati del basso addome: la rigidità o lo spasmo dei muscoli addominali è sempre leggero: l'esame vaginale consente di fare la diagnosi.

La pielite, come altre lesioni del tratto urinario, è più spesso localizzata a destra, e perciò molto comunemente, specie nelle donne e nei bambini, viene confusa con l'appendicite. Da questa differisce per la maggiore diffusione del dolore sul fianco destro, per la scarsezza o mancanza della reazione muscolare.

La calcolosi ureterale destra rassomiglia sintomatologicamente alla pielite e quindi sono analoghe le differenze con l'appendicite. D'altra parte nella calcolosi di solito il dolore è molto più intenso e c'è forte perspirazione specie al labbro superiore.

L'appendicite è la più comune affezione addominale e per la sua grande variabilità sintomatologica può essere scambiata con molte altre affezioni. È ben nota come il dolore spesso si origina all'epigastrio o in vicinanza dell'ombelico, ma presto o tardi si localizza nel quadrante inferiore destro. Lo spasmo o rigidità del muscolo retto destro è spesso presente, ma può anche mancare specie nelle forme più gravi con gangrena dell'appendice o quando questa si trova nella pelvi. Spesso la pressione sul quadrante inferiore sinistro provoca dolore nella regione appendicolare. Talvolta il rilasciamento improvviso di una pressione ferma, profonda, continua sull'appendice provoca dolore acutissimo. La lesione di un'appendice pelvica può produrre sintomi d'irritazione vescicale.

Una delle catastrofi addominali che più rassomiglia all'appendicite nei suoi segni e sintomi è la rottura dell'ulcera peptica. È ben vero che tale evenienza fulminea non si avvera senza che il paziente e il suo medico non abbia conoscenza dei disturbi inerenti all'ulcera, ma è altrettanto vero che la sintomatologia è così grave che il paziente non è in grado di fornire sempre informazioni sui suoi precedenti, nè c'è il tempo di attardarsi in indagini anamnestiche. Fin dal principio c'è completa, ferma, invincibile rigidità di tutta la muscolatura dell'addome, compreso il diaframma con i conseguenti disturbi respiratori.

La pancreatite acuta è affezione relativamente rara. Nella sua sintomatologia rassomiglia alla perforazione di un'ulcera, e come questa ha inizio improvviso e con intenso dolore epigastrico. Lo spasmo muscolare è generalmente limitato alla linea mediana al disopra dell'ombelico, per modo che può essere confusa con una peritonite epigastrica. C'è frequentemente un intenso colorito livido o cianotico della pelle specie alla faccia. Manca la durezza lignea dell'addome caratteristica della perforazione dell'ulcera ed il diaframma non è contratto, per modo che mancano i disturbi respiratori.

La rottura o gangrena della cistifellea non ha nulla di caratteristico: di solito l'inizio non è brusco ed il decorso è molto più lento che in ogni altra sindrome acuta dell'alto addome. La diagnosi di solito si poggia su i precedenti morbosi a carico della cistifellea.

Le affezioni ginecologiche, come la gravidanza ectopica, la cisti ovarica, ecc., hanno di caratteristico che il dolore è generalmente localizzato in basso, quantunque possa diffondersi anche a tutto l'addome. La diagnosi si fa sopratutto in base ai risultati della palpazione e dell'esplorazione vaginale.

Nella diverticolite dell'ansa sigmoide, nella trombosi mesenterica e nell'infiammazione del diverticolo di Meckel, affezioni molto rare, è presso che impossibile un'esatta diagnosi clinica.

Il meglio che si può fare è di riconoscere che si tratta di una grave lesione addominale e consigliare la laparotomia immediata.

La perforazione tifosa suole avvenire durante la terza settimana della malattia. Il sintoma caratteristico è l'intenso dolore al quadrante inferiore destro dell'addome. L'intervento chirurgico tempestivo ha di molto ridotto la mortalità per questa complicanza.

L'occlusione intestinale si presenta con vomito fecale, dolore intenso e non ben localizzato, alvo chiuso. La stessa sindrome è data da una semplice stasi fecale e dall'ernia strozzata. Conviene tener presente che in caso d'ernia talvolta la sindrome si manifesta dopo l'avvenuta riduzione. I sintomi dell'occlusione permangono perchè è stata spinta nell'addome la porzione strozzata dell'intestino ancora soggetta alla costrizione da parte del sacco.

I soggetti che sono stati già sottoposti ad interventi chirurgici sull'intestino possono andar soggetti a gravi occlusioni in seguito a formazione di briglie e aderenze cicatriziali. Talvolta l'occlusione è il primo sintoma di un carcinoma non sospettato del grosso intestino.

Per quel che riguarda le sindromi addominali acute di origine traumatica conviene tener presente che gli organi addominali si dividono in due classi, pieni e vuoti, e che quindi reagiscono in modo differente. I primi, il fegato e la milza, possono essere più facilmente danneggiati, ma lesioni traumatiche di questi organi sono piuttosto rare perchè sono protetti dalle costole. Tra gli organi cavi la vescica urinaria è la meno vulnerabile perchè è più o meno completamente protetta dalle ossa pelviche. L'intestino essendo compressibile risente poco l'azione traumatica ed è d'altra parte protetto da uno spesso strato muscolare. È ovvio che i colpi capaci di rompere il fegato e la milza sono differenti da quelli che rompono l'intestino. I primi devono esercitare la loro azione su una larga porzione dell'addome alto, mentre i secondi devono esercitare la loro azione su un'area limitata.

La rottura della milza provoca una profusa emorragia intraddominale ed il sangue si raccoglie al lato sinistro. La diagnosi di quest'emorragia si fa rilevando il segno di Balance: la percussione dà ottusità al fianco sinistro con risonanza a quello destro; se si gira il paziente sul lato destro si ha ottusità tanto a destra che a sinistra perchè la parte liquida del sangue si sposta verso destra mentre quella coagulata rimane a sinistra; facendo rigirare il paziente sul lato sinistro il sangue liquido ritorna verso questa parte e scompare l'ottusità al fianco destro.

DR.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Etiologia e profilassi delle broncopolmoniti.

(A. DUFOUR e P. SÉDILLAN. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, pag. 690).

Gli AA. si occupano dell'eziologia delle broncopolmoniti dei bambini sia primitive che secondarie, ritenendo che le ricerche fino ad ora eseguite non sono affatto conclusive.

Coloro che hanno trattato precedentemente l'argomento hanno tratto le loro conclusioni da culture eseguite *post-mortem* dai focolai bronco-polmonitici, per cui hanno ritenuto che la broncopolmonite dei bambini fosse dovuta quasi sempre ad associazioni microbiche, raramente a germi isolati. I germi più frequentemente trovati, nella massima parte dei casi associati tra loro, sono stati: il pneumococco; lo streptococco; il pneumobacillo di Friedländer; lo stafilococco; il b. di Löffler; il b. di Pfeiffer; il colibacillo.

Dufour e Sédillan però danno scarso valore a questi risultati perchè è noto che da ricerche eseguite su polmoni sani di morti per altre malattie si sono frequentemente isolati i suddetti germi per lo più tra loro associati, pervenuti al polmone sia per l'invasione preagonica sia per diffusione *post-mortem* per via discendente broncogena dei germi che normalmente formano la flora della cavità faringea.

Lo stesso scarso valore hanno per loro i risultati di quegli autori che hanno cercato di stabilire l'agente patogeno delle bronco-polmoniti da cultura di escreato e di essudato faringeo. Ricerche di controllo hanno dimostrato che dopo morte anche da polmoni sani si possono isolare gli stessi germi che sono presenti nel cavo faringeo.

Alcuni infine hanno eseguito le emoculture dei malati con scarsissimi risultati, perchè è noto che raramente le bronco-polmoniti sono di origine ematogena; nella massima parte dei casi invece sono determinate da germi che pervengono al polmone per via bronchiale.

Il massimo valore però hanno le culture eseguite con succo polmonare prelevato con la puntura in vivo dei focolai bronco-polmonitici. In tal modo si è sicuri di isolare il germe che si trova presente nel focolaio infetto; inoltre si allargano le statistiche perchè le ricerche non sono più limitate ai casi seguìti da morte, ma anche a quelli seguìti da guarigione.

Operando in tal guisa è risultato innanzi tutto che l'80 % circa dei casi di bronco-polmonite sono dovuti ad unico germe; che solo il 20 % dei casi è determinato da associazioni microbiche; e propriamente nel 51 % dei casi studiati era in causa

il pneumococco delle varietà I-II-III; nel 25 % circa lo streptococco sia emolitico che viridans; nel 20 % lo enterococco di Thiercelin la cui importanza come agente etiologico delle bronco-polmoniti è stata illustrata per prima da Dufour e Sédillan; in altri rari casi si è isolato lo stafilococco, il b. di Pfeiffer; il Löffler quasi sempre però associati al pneumococco o allo streptococco. Mai invece è stato isolato il pneumobacillo frequentemente trovato però nei focolai di bronco-polmoniti allorquando le culture sono state eseguite *post-mortem*.

La mortalità nelle diverse varietà è così distribuita:

bronco-polmoniti da pneumococco il 27 % circa dei casi;
bronco-polmoniti da streptococco il 70 % circa;
bronco-polmoniti da enterococco il 27 %;
bronco-polmoniti da germi associati il 40 %.

Sull'azione del bacillo pneumosintes di Oritzsky e Gates, germe filtrabile ritenuto agente responsabile della grippe, gli autori credono che si limiti ad una congestione edematosa della mucosa bronchiale che facilita l'attecchimento dei germi che comunemente determinano i focolai bronco-polmonitici.

Profilassi. Occupandosi del problema della profilassi ritengono che questa sia della massima importanza, come si può facilmente dedurre dalle vere e proprie epidemie scoppiate negli ospedali dei bambini in Parigi, ricoverati per morbillo, difterite, pertosse o altre malattie predisponenti.

La trasmissione della malattia avviene più che per contatto diretto, o con goccioline di saliva emesse con la tosse o l'espettorato che nei bambini è scarso, a mezzo dei portatori, personale di assistenza e medici.

Per evitare lo scoppio di epidemie è necessario isolare i piccoli infermi di bronco-polmonite; isolamento che si può ottenere con la costituzione di box non completamente chiuse che impediscono la ventilazione ed il riscaldamento uniforme ma abbastanza alte sul piano del letto.

Inoltre tutto il personale di assistenza deve usare il massimo di precauzioni nel passare da un malato all'altro; cioè disinfezione; isolamento delle biancherie; uso di maschere di garza.

Inoltre praticare ai piccoli infermi di malattie predisponenti cure vacciniche atte a risollevare i poteri antigenici dell'organismo; vaccini necessariamente polivalenti e polimicrobici che debbono contenere in sè tutti o quasi tutti i germi che sono capaci di determinare la bronco-polmonite, perchè si sa che gli anticorpi che l'organismo forma sono strettamente specifici per il germe inoculato.

RICCARDI.

Il trattamento specifico delle broncopolmoniti infantili.

(GRENET. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, pag. 758).

L'A. riferisce sul trattamento siero- e vaccinoterapico delle br. polmoniti dei bambini. Dopo aver accennato che le br. polmoniti sono determinate da agenti microbici vari, passa in rivista i diversi batteri che più frequentemente sono capaci di determinare le infezioni delle vie respiratorie.

In ordine di frequenza il pneumococco delle varietà I-II-IV; l'enterococco di Thircelin; lo streptococco; il b. di Pfeiffer; a questi si associano a volte il tetrageno, lo stafilococco, il bacillo difterico.

Il trattamento specifico quindi deve rispondere alla grande varietà di germi che determinano la malattia. Accenna prima ai risultati ottenuti con la sieroterapia. Il siero più frequentemente usato è l'antipneumococcico per via sottocutanea alla dose di 20-60 cmc. alla volta, per via intravenosa e intrapulmonare; ha dato in alcuni casi buoni risultati; però data la insufficienza delle statistiche eseguite non si può concludere nettamente per l'uso del siero.

Marfan, Weill credono che i vantaggi che si conseguiscono siano minimi tanto che hanno finito per abbandonarne l'uso. Scarse sono le ricerche sulla sieroterapia antistreptococcica. Dubbi sono pure i risultati della sieroterapia associata antipneumococcica-streptococcica. Discutibili i risultati ottenuti con l'impiego di siero di convalescenti.

I pochi risultati ottenuti, secondo l'autore, si possono spiegare con Netter come dovuti ad una terapia di choc da eteroproteine senza ricorrere alla specificità netta dei sieri. L'osservazione clinica però ha dimostrato che netti vantaggi non si ottengono con la sieroterapia.

Maggior affidamento è da darsi ai vaccini.

I vaccini adoperati sono vari; tutti però polimicrobici contenenti i germi che più frequentemente determinano la br. polmonite. Ve ne sono di due specie: vaccini alla Wright polivalenti e polimicrobici; vaccini lisati polimicrobici. Dei primi il più attivo si è mostrato quello di Weill e Dufourt che contiene l'enterococco; del secondo tipo quello di Duchon che ottiene la lisi dei batteri per mezzo del bacillo piocrianico.

Buono anche il vaccino antipiogeno Bruschettini fatto con pus emulsionato e sterilizzato raccolto dalla cavità pleurica del coniglio inoculato di una emulsione di diversi germi (streptococco, stafilococco, pneumococco, coli-bacilli, piocianeo) che contiene le endotossine di numerosi batteri che hanno subito l'attacco dei leucociti.

Dall'uso dei vaccini si può concludere, dalle numerose statistiche, che i risultati sono abbastanza incoraggianti. La mortalità che negli ospedali di Parigi prima dell'uso dei vaccini si aggirava dal 75 all'80 % è scesa dopo l'uso di questi al 30-35 %. Se dalle statistiche si escludono i casi gravissimi con morte nelle 24-48 ore ove il vaccino per la gravità dell'infezione non ha potuto agire, la mortalità scende fino al 20-25 %. Le dosi di vaccino adoperate non devono essere massive all'inizio. Basta 1/4-1/2 cmc. Successivamente si eleva la dose fino a 1-1 1/2 cmc. L'iniezione va fatta mattina e sera.

Circa il lisato-vaccino di Duchon la dose iniziale è di 1/4 di cmc. il primo giorno, 1/2 il successivo fino a 1 cmc. senza superarlo nelle 24 ore.

La cura vaccinica deve essere prolungata fino alla caduta completa della temperatura.

Oltre i vantaggi sul decorso della malattia che è favorevolmente influenzata dall'uso del vaccino, è degna di rilievo la notevole riduzione delle recidive. Le reazioni da vaccino sono nulle eccetto che per il lisato-vaccino di Duchon che può dare reazioni abbastanza forti ma scevre di pericolo. L'azione dei vaccini è mista agendo favorevolmente; e come proteino-terapia e come terapia nettamente specifica che risolleva il potere antigenico dell'organismo.

Degni di rilievo sono i tentativi di siero e vaccinoterapia associati. Il siero adoprato è l'antipneumococcico o l'antistreptococcico (D'Oelhitz) in dosi massive e per via sottocutanea (20-60 cmc. al giorno). I risultati non sono ancora conclusivi.

D'Oelhitz ha introdotto pure l'immuno-trasfusione cioè l'iniezione nel bambino ammalato di sangue paterno o materno vaccinato 6 ore prima del prelevamento; l'iniezione è ripetuta per 4-5 giorni di seguito. Le osservazioni però al riguardo sono troppo poche per essere conclusive. RICCARDI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

C. M. BELLI. *Guida alle analisi cliniche di chimica, microscopia, batteriologia e sierologia.* Milano, Soc. An. Istituto editoriale scientifico.

Questo manuale, uscito pochi mesi addietro, è una raccolta bene ordinata e organica dei metodi più in uso nella pratica di laboratorio.

Il modo chiaro di esporre e la scelta del metodo fra i tanti esistenti per la stessa ricerca, dimostrano il senso pratico e l'acume dell'autore.

Il modo di scrivere è così chiaro che anche ai non esperti riesce agevole applicare in laboratorio quanto viene descritto.

Sono esposte le ricerche più comuni, direi quasi di uso quotidiano, tralasciate quelle più complesse che implicano una speciale preparazione o apparecchi complicati. Il libro è fatto essenzialmente per il medico pratico.

In una prima parte vengono riassunte le analisi più adatte nelle varie malattie, in modo che il medico può conoscere fino a qual punto il laboratorio può concorrere alla soluzione dei quesiti diagnostici.

In un secondo capitolo sono esposte le norme del prelevamento del materiale per l'analisi.

Infine viene guidato il medico alla interpretazione dei risultati ottenuti nel laboratorio.

M. GHIRON.

R. H. A. PLIMMER. *Practical Organic and Bio-Chemistry.* Nuova edizione. Pag. X-568, con tavole a colori e 68 illustrazioni. Londra, Longmans, Green e Co., 1926.

Questo manuale pratico per studenti medici, già popolare da anni compare ora in nuova edizione così ingrandito di materie teoriche da divenire un utile libro di testo di chimica organica. Si apre il libro con i metodi necessari per isolare e riconoscere le sostanze organiche. Tratta poi sistematicamente dei principali gruppi di composti organici, con speciale riguardo a quelli più interessanti per la medicina. Da qua e là direttive per ricerche sperimentali.

Grande importanza è data alla chimica del metabolismo respiratorio, ed alle sostanze trovate nel sangue e nelle urine. Il libro è molto consigliabile per chi si interessa di questi argomenti.

L. TONELLI.

Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Sez. VIII, parte II, fasc. 4. In-8° di 90 pag., con 4 fig. e 12 tav. colorate. Urban e Schwarzenberg ed. Berlin, 1927. Prezzo M. 8,40.

Questa puntata del Trattato diretto da Abderhalden, che fa parte dei « Metodi di ricerche morfologiche sperimentali », tratta di due argomenti importanti dal punto di vista sperimentale. R. Goldschmidt espone i metodi per le ricerche sulle infezioni delle ferite negli animali; studi necessari per un giudizio esatto sull'efficacia dei diversi antisettici, dei quali lo studio *in vitro* si è dimostrato insufficiente; 12 belle tavole colorate illustrano il lavoro.

J. Igershelmer si occupa dell'occhio come organo sperimentale per la differenziazione dei processi infettivi. Punto di partenza di questo studio sono le note ricerche di Guarnieri sull'infezione corneale da virus vaiuoloso, che ora si pratica anche per la differenziazione degli herpes, per lo studio del tracoma, della tubercolosi, della lebbra (Stanziale), della sifilide. Per le ricerche su tutte queste malattie, l'A. espone i metodi ed i risultati che si possono ottenerne.

fil.

I CONGRESSI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

Parma, ottobre 1927.

L'inaugurazione.

Nell'Aula Magna della R. Università il giorno 18 ottobre sono stati solennemente inaugurati il XXXIII Congresso della Società Italiana di Medicina Interna e il XXXII Congresso della Società di Chirurgia, presenti le autorità e un largo stuolo di medici.

Alle ore 10 per primo ha preso la parola il Prefetto, Gr. Uff. REBUA, portando il saluto del Governo e in nome del Governo inaugurando i Congressi di Medicina e Chirurgia. E dopo avere ricordato i grandi che in Parma sin dal sec. XII si resero celebri nella medicina e nella chirurgia, auspica le maggiori conquiste della moderna scienza per la gloria della Patria e della Umanità.

Seguono poi i discorsi del Magnifico Rettore Comm. CAMILLO GALLENGA; del prof. DELLA VALLE; del Generale GUALDI, Presidente del Congresso di Medicina Militare; del prof. AMBROGIO FERRARI, Presidente della Società di Chirurgia; del Colonnello FERRARO della R. Marina, e del dott. MOLINARI, per i Medici Condotti.

* * *

Il prof. A. FERRARI, Presidente del Congresso di Chirurgia, così dice:

« A nome della Società Italiana di Chirurgia porgo i più sentiti ringraziamenti a voi che ci avete cortesemente ospitati in questa aula, in cui già risuonarono le voci degli illustri e valentissimi, che colle loro opere, coi loro studi resero maggiormente illustre questo nostro antico Ateneo. Ed io, ripensando ad essi, e davanti ai valorosi miei Colleghi, che rendono così imponente questo Consesso, sento la gravità e l'orgoglio del còmpito che mi è affidato.

« Anche quest'anno il grande numero di comunicazioni iniziate, la importanza degli argomenti riguardanti non solo la parte pratica e tecnica della chirurgia, ma anche lo studio di alti problemi scientifici, inerenti alla specialità, dimostrano chiaramente come ogni anno più aumenti lo sforzo dei cultori della nostra branca delle mediche discipline di compenetrare l'arte colla scienza.

« Ed una prova ancora maggiore si ha nella giudiziosa scelta fatta a Padova del tema da trattasi in una delle sedute del Congresso, dal titolo « Valutazione delle resistenze dell'operando e mezzi per diminuire il rischio operatorio ».

L'oratore si intrattiene sull'importanza degli argomenti che riguardano questo tema, ricordando che, malgrado tutte le cavità del corpo umano siano ora accessibili al coltello chirurgico, qualche volta purtroppo l'ardire del chirurgo non trova adeguato compenso in un favorevole risultato.

Trattenendosi a parlare del lavoro affiancato e concorde della medicina e chirurgia, egli così dice:

« Questa necessità di reciproco aiuto fra la medicina e la chirurgia, ha valso a rompere le barriere dividenti l'una dall'altra, non solo da noi, ma anche in Germania, dove da oltre un ventennio la indispensabile collaborazione fra le due scienze ha ispirato il periodico « Grenzgebate der Medizin und der Chirurgie », fonte di numerosi lavori di questa indole.

« Ed un altro assioma da questo deriva; che se è vero che la medicina in genere è avviata sempre più scindendosi in numerose specialità, queste necessitano però una serie di cognizioni scientifiche e cliniche che si completano a vicenda. La clinica, per essere veramente tale, ha bisogno assoluto di fondamento scientifico, e deve giovarsi delle scienze consorelle anatomia, biologia, semprechè a queste sia imposto quel limite, oltre il quale esse diventano elementi disgregatori.

« Al contrario un intenso lavoro comune fra la medicina e la chirurgia, inteso in questo senso, deve apportare, come apporterà, immensi vantaggi, e la Clinica, sorretta dalla indagine scientifica, raggiungerà più rapidamente gli scopi sociali ed umani che si prefigge.

« La scuola chirurgica di Parma vanta anch'essa le sue tradizioni. Nel secolo scorso e precisamente verso la metà, la Facoltà medica di Parma era faro luminoso al quale accorrevano numerose schiere di studenti non soltanto italiani. Allora due grandi nomi risuonavano: quello di Giacomo Tommasini in Medicina, e quello di Giovanni Rossi in Chirurgia. Questi, di grande ingegno, sorretto da profonde cognizioni anatomiche, fu sommo nell'arte chirurgica, e si ricordano di lui atti operativi di estrema difficoltà, quali le esofagotofie, le alamature del tronco sunnominato, ed altre eseguite con tecnica superiore ad ogni encomio. Dopo di lui Giovanni Inzani, anatomico profondo, fisiologo sperimentato, anatomo-patologo valentissimo ha impresso nella storia di questa scuola di chirurgia, come pure qui si ebbero i primi bagliori di lunga opera luminosa di vivida luce; di Edoardo Bassini, il ferito di Villa Glori.

« Col ricordo di questi grandi Maestri, e coll'animo teso all'avvenire, incominciamo i nostri lavori, che, tutto mi affida, saranno ragione di onore per la Scienza e per l'Italia, di alto compiacimento, di questo orgoglio per noi.

« Permettete che io termini rivolgendo a nome vostro un riverente saluto alla Maestà del Re, e S. E. Il Capo del Governo, gloria e fortuna della Patria nostra ».

L'on. prof. U. GABBI, Presidente del Comitato ordinatore del Congresso, così si rivolge ai Congressisti:

Sig. Prefetto, Sig. Rettore, Autorità, Signori e Signore.

« Se Parma oggi ha il grande onore di ospitare i Membri di cinque Congressi convenuti da ogni Regione d'Italia, Congressi che riguardano branche fondamentali antiche primogenite e branche di generazione recente, lo si deve ai Consigli Direttivi delle due Società; quella di Medicina Interna che compie oggi il XXXX anno di vita, e quella di Chirurgia, che hanno consentito a me ed al collega Ferrari di rinunciare alla Sede cui sarebbe toccato il loro Congresso, di rinunciare a Roma eterna ed immortale ora in una fulgida ripresa di giovinezza e di potenza ad opera di un Grande che creò una dottrina politica che si ispira alle più umane e più alte ragioni del diritto e del dovere vedute attraverso ad una nuova luce di storia.

La nostra città da anni attendeva questo evento e nessun momento apparve più adatto del presente nel quale essa ad opera degli Ospizi Civili, delle Amministrazioni Comunali e Provinciali, dei suoi Istituti Economici e dei suoi figli migliori, può mostrare il suo nuovo grande Ospedale ed i suoi magnifici Istituti Universitari in una modernità di organizzazione che non teme confronti e può essere d'esempio. Non più tardi di ieri, colleghi insigni delle Università di Parigi, di Lione e di Londra, visitando con me, fulgido di sole, il nostro grande asilo di umane pietà, ebbero parole della più spontanea ammirazione. « Ospedale modello » disse il collega della Università Parigina, già in alto sull'orizzonte della gloria.

La grande Assise scientifica che qui in Parma celebra le conquiste di cinque branche del sapere medico e le sue applicazioni nell'arte del guarire, la più alta e la più umana fra tutte, e mette qualche incognita del sapere in piena potenza di luce, ha coronato nobilissime audacie, nobilissimi sforzi, nobilissimi sacrifici. La Patria di Tommasini e di Rasori, cultori insigni di quella scienza della vita sana e morbosa, che al primo del secolo scorso fecero rifulgere di una gloria che non ha subìto nè subirà eclissi per volgere di secoli, ha oggi centri di attività Istituti nei quali l'arte vedrà crescere la sua potenza a pro della umanità sofferente.

Le scienze tutte, ma specie quella che scruta le incognite della vita nelle sue più alte funzioni e specie in quella intellettuale che ha mutato la faccia al mondo ed ora ne penetra le profondità per disvelarvi nascoste energie, ricchezze a soddisfare le accresciute esigenze del vivere civile, hanno mostrato che il progresso ascende con una linea che offre cuspidi e valli; che solo il sapere è potere. La saviezza che si trova nella dottrina della Filosofia naturale di antichi pensatori noi la ammiriamo sebbene sia rimasta per secoli infeconda. Ma in quelle dottrine è la prova di uno sforzo che mira alla elevazione di una scienza il cui scopo unico e supremo è quello di combattere il dolore che accompagna anche la più lieve offesa alla vita. Aspirazione costante dell'arte nostra che auguriamo venga tempo che essa non sia inferiore ai desideri umani, alle umane speranze. Ai tempi della Filosofia naturale che racchiude le nozioni di Anatomia, Fisiologia, Patologia, la indagine procedeva senza strumenti e col peso di una errata od incerta concezione dei fenomeni della vita sana e morbosa; il pensiero era tutto, strumento ed azione.

Nell'ora che volge la ricerca è doppiamente armata; anzitutto del metodo sperimentale che è metodo positivo; poi di strumenti che penetrano anche il pensiero, figlio primogenito della psiche.

Parma nei suoi nuovi Istituti cercherà di accrescere il suo materiale di guerra all'ignoto nella mira di una grande opera di bene alla Umanità sofferente. Dalle sue fertili valli, dai suoi colli e dai suoi monti, giunge a noi l'esempio di una forte e disciplinata attività delle sue genti che ha veduto con indicibile compiacimento nascere, con modernità insuperabile di tecnica, la Casa del Dolore, dove la speranza è vita e l'arte del guarire una certezza, e fatti più forti quei baluardi del sapere che sono i suoi Istituti Scientifici, per dar vita ai quali non si valutarono i sacrifici, non si conobbero ostacoli e visse solo, contro ogni ostacolo, la volontà conquistatrice.

Il Governo Fascista è venuto in aiuto con somme e consigli. Se S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione, il sommo Storico e l'Illustre Moderatore degli studi fosse comparso tra noi, avrebbe veduto ed avrebbe saputo; avrebbe veduto negli Istituti Biologici e Clinici un armamento scientifico cui manca poco per dirsi completo, ma a cui bisognerà dare globuli rossi per una vita più feconda di scienza e di arte; avrebbe saputo che qui vi sono modesti, ma fecondi sacerdoti della più umana delle scienze intenti ad accrescere con l'opera diuturna ed a diffondere con la volontà e lo studio — strumenti puri di elevazione e potenza — quel sapere da cui muove la difesa del più alto bene della vita « la salute ».

Come coordinatore dei Congressi e come organizzatore di quello di Medicina Interna assieme agli operosissimi ed entusiasti miei assistenti, io esprimo ai Colleghi qui convenuti a rendere più solenne una cerimonia che nelle sfere più alte idealizza lo spirito e lo libera da terrene miserie, i più vivi ringraziamenti. È la Sicilia, è la Calabria, è la Terra del Mezzogiorno dalla volontà invitta di un Capo in via di pieno rinascimento; è la Campania, le Puglie, la Toscana, il Lazio, la Romagna e le Marche, è l'Emilia, la Liguria, è l'Italia Settentrionale che ci ha mandato il fior fiore dei cultori dell'Arte nostra. Ma un particolare saluto, consentite questo palpito pieno di simpatia che lo esalta, io rivolgo ai colleghi della Medicina Militare. È questa branca del grande tronco della Medicina e Chirurgia che vive oggi una vita di scienze e di indipendenza. Ed io ho pensato che quel che la Patria in armi in sanguinosi cimenti ed in immortali eroismi congiunse in una grande opera di bene, possa, debba continuare in pace.

Siano da oggi sempre con noi in queste annuali assise scientifiche e vi siano anche i rappresentanti di quella Medicina Coloniale già in fiore oltr'alpe e che da noi attende il suo meriggio, destinati sotto inospite cielo a redimere la salute delle genti non ancora illuminate di luce ed a diffondere quella civiltà che è la primogenita dell'umano progresso. Usciremo così da uno stato di inferiorità che contrasta con le aspirazioni imperiali del Fascismo in ogni branca della attività sociale.

Signori e Signore.

Sulla bandiera di noi Medici sta scritto anzitutto di difendere la vita di chi a noi si affida; di difendere con ogni forza l'essere poichè per chi più non è, anche il mondo è nulla. Una nostra gloria sta nelle testimonianze della nostra coscienza di sentire sacro il giuramento che noi combatteremo sempre, che noi saremo sempre i nemici implacabili delle malattie e della morte.

I nostri Congressi rappresentano l' annuale « Gran Rapporto » del sapere acquisito. Di qui la loro indiscussa utilità. Sono le tavole di una sacra alleanza tra coloro cui preme la difesa della vita perchè fonte prima e suprema di ogni ragione di essere ed azione. Non solo non dovrebbero essere pulpiti dove si predicano verità non vere, scoperte false, e si lanciano affermazioni gratuite o si parla perchè dai giornali si sappia che si esiste in terra e con una statura più alta della vera. No: i Congressi debbono esprimere una collaborazione fraterna per l'avanzare della Scienza ed un punto di ritrovo degli spiriti.

Il pubblico che sa come nessuna umana sapienza sia senza incertezza e senza confine, consente oggi al medico una fiducia più ampia che in passato perchè va comprendendo che nessuna scienza, medica e non medica, ha la potenza di prevedere. La nostra ha quello di prevenire ed è questo un suo grande titolo d'orgoglio: la nostra ha quella di ricondurre alla normale salute il nostro essere, poichè essa è supremo bene in terra. I nostri Congressi dimostreranno che l'associazione dei nostri sforzi portò ad aiutare i deboli a fortificarsi e gli ammalati a guarire: mai causa come questa ebbe tanto aiuto dal sentimento, tanto appoggio dalla ragione, tanta forza da gentili istinti e tanto conforto dalla umana bontà.

Se oggetto dei nostri studi è l'uomo infermo, se il ricondurlo alla vita sana è nostro scopo supremo, nessuna missione in terra che eguaglia la nostra in nobiltà e grandezza. Medico è chi sente nel cuore l'amore umano: medico è chi fortemente persuaso delle relazioni che corrono tra Stato Economico ed Igiene, ne studia i danni: medico è chi comprende la grande potenza della vita sana nella armonia e nella potenza della vita sana, nella armonia e nella potenza del vivere civile.

Oggi più che ieri, più che in passato, il Medico risponde ai suoi compiti complessi; oggi più che in passato ha compreso che alla difesa dei singoli va aggiunta quella di coloro che cadono colpiti dalle malattie sociali.

Ed è il Grande Capo nostro, è Benito Mussolini che ci guida, che ha affermato che una malattia che colpisce una grandissima parte di popolo deve essere funzione di Governo: funzione politica.

I nostri Congressi attesteranno che i Medici hanno compreso oggi più che mai l'altissima funzione umana e sociale che loro compete. Parma avrà dal grande tributo dei cultori della scienza la prova che la Medicina Moderna difende la vita perchè sorgente di forza, di ricchezza, di prosperità e di benessere, perchè eleva la Patria sulle altre e la illumina di Romani splendori ».

L'on. Gabbi è applauditissimo alla fine della sua magnifica orazione.

*
* *

Terminato il discorso dell'on. Gabbi, prende la parola il prof. BONORINO UDAONDO, in rappresentanza dei Medici Argentini aderenti al XXXIII Congresso di Medicina:

« Come membro del Comitato argentino mi è grato porgere i più cordiali saluti ai componenti il XXXIII Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Vincoli poderosi, e ne abbiamo di più intimi già esistenti, uniscono gli universitari della mia Patria a quelli di questa Nazione. Il progresso della medicina italiana, addotto attraverso pubblicazioni in libri e riviste ci è famigliare e lo scambio eloquente iniziato con buon esito in occasione della visita a Buenos Aires di alcuni fra i più valenti ed eminenti biologi, clinici e chirurgici, ha servito a mostrare come gli studiosi di quelle università sanno riconoscere i vostri meriti e l'intenso acume della medicina italiana.

L'invito che ci è stato formulato di collaboratori al Congresso sociale delle vostre società italiane di Medicina Interna, è stato da noi accolto con grande simpatia. Facciamo voti che esso riceverà l'adesione dei nostri professionisti più eminenti e che la sua fatica, la quale auspichiamo intensa, aumenterà vieppiù i rapporti che uniscono la Medicina Italiana all'Argentina ».

XXXIII Congresso di Medicina Interna.

Seduta 18 ottobre. - Ore 15.

Presidenza: On. prof. GABBI.

Il Presidente on. GABBI dichiarando aperta la seduta rivolge un caldo saluto ai colleghi argentini che per la prima volta aderiscono al Congresso di Medicina Interna rappresentati dal prof. BONORINO UDAONDO.

Dà quindi la parola al sen. E. MARAGLIANO che legge il seguente discorso:

Cari ed Egregi Colleghi,

« Oggi per la undecima volta ho l'onore di presiedere alla inaugurazione di questo nostro annuale convegno e mi è dato il farlo per la cortesia vostra che volle finora avere a moderatore dei comuni lavori il più anziano dei clinici operanti; e per la bontà della Provvidenza che mi mantiene, malgrado il tempo, l'antica vigoria fisica e mentale.

Di questo onore ringrazio Voi e la Provvidenza Divina ma da questo seggio desidero ricordare a Voi tutti che fu sempre pensiero costante di tutti noi di ritenere Capo nostro GUIDO BACCELLI e di considerarmi come mi considero, puramente e semplicemente delegato suo e come Lui vivente per incarico suo apersi già i nostri lavori, oggi intendo di aprirli ancora per delegazione sua. E nello aprirli vi invito a rivolgere il primo pensiero vostro alla sua memoria, a Lui cui dobbiamo se la Medicina Italiana, dopo tanti anni di oblio, fece suonare rispettata ed ascoltata la sua voce nel mondo scientifico, a Lui che attese a suscitare una coscienza scientifica Nazionale nei medici Italiani, per quanto i suoi moniti siano rimasti dai più inascoltati ed oggi ancora spesso cultori della medicina in Italia, diano ancora lo spettacolo nei loro atti e nelle loro pubblicazioni di un'Internazionalismo che non è l'omaggio doveroso al Genio — dovunque esso risplenda — ma alla guisa di una o dell'altra fra le internazionali politiche, suona in fatto negazione della Patria nel campo degli studi, cosa che certo non è nel pensiero loro. Ogni studioso deve certo conoscere ciò che si fà all'estero, ma non deve farsene araldo, per ossequio a nomi stranieri.

Ad un tanto uomo, che oggi, se vivo, vedremmo seguace di Mussolini, poichè Egli ebbe sempre viva e sicura la visione di un'Italia grande e potente, alla memoria di questo nostro Capo spirituale volgiamo, cari Colleghi, in un istante di raccoglimento il nostro reverente pensiero.

Debbo ora ricordare con senso di profondo cordoglio due colleghi scomparsi: ANTONIO CARDARELLI e CARLO FEDELI.

ANTONIO CARDARELLI, lo sapete, fu il Nestore dei Clinici Italiani. L'opera sua e la sua figura sono illustrate dal suo nome. Tanto nomini nullum par elogium. La sua dipartita è lutto per la Clinica Italiana, dolore per noi tutti che lo ammirammo e lo amammo.

CARLO FEDELI, professore di Patologia Medica a Pisa, mite figura di studioso valente, tenne la Cattedra con onore e con competenza, contribuì a far conoscere in Italia e fuori le Terme di Montecatini, arricchì la letteratura nazionale di interessanti pubblicazioni: è scomparso tra l'universale compianto cui ci associamo con grande rammarico.

* * *

A Parma che signorilmente ci ospita, al suo fiorente Ateneo, alla sua cospicua facoltà medica, il nostro deferente saluto. E questo nostro saluto non è solo atto di doverosa convenienza, ma espressione di omaggio sentito a questo patriottico centro della nuova vita italiana, a questa Università ricca di gloriose tradizioni, il cui nome nel campo degli studi medici suonò già nei tempi acclamato innanzi al mondo scientifico.

E ad UMBERTO GABBI che ispirato agli insegnamenti di CESARE FEDERICI — Grande Maestro di Medicina che non si dovrebbe mai dimenticare — mantiene qui alte le tradizioni della Clinica Italiana nel culto a GUIDO BACCELLI di cui fu costantemente seguace convinto ed amico fedele, io sicuro interprete del pensiero di quanti qui siamo, porgo largo tributo di ammirazione e di grazie, per la cura da lui data all'organizzazione di questo Convegno, che per opera sua e dei suoi collaboratori, è promettente e di lusinghiero successo.

Lo assicurano il numero grande dei medici italiani qui convenuti, la partecipazione di tutte le Scuole Mediche Nazionali e dei loro Maestri, la collaborazione preziosa del corpo sanitario Militare, che salutiamo entusiasticamente nella persona di tanti autorevoli suoi membri qui presenti.

Il Corpo Sanitario Militare è esso pure di sua natura, scientifico pratico.

Esso penetra e deve penetrare questioni di alta portata scientifica, come quelli pertinenti alla areonautica, questioni di loro natura eminentemente pratiche nel campo della profilassi che ha la nobile missione di tutelare l'efficienza fisica dei difensori della Patria, è glorificata ai suoi morti che lo consacrano alla riconoscenza nazionale. E saluto, interprete sicuro del vostro pensiero, i Colleghi d'oltre Oceano che con la loro adesione hanno voluto onorare il nostro Congresso.

Essi furono oltre a 150 dalla Repubblica Argentina dove le scienze mediche hanno ormai tanti valorosi cultori.

Il loro interesse ai Congressi scientifici dei due grandi centri della cultura latina, Italia e Francia, dimostra il giusto loro apprezzamento dell'indirizzo che oggi la medicina ha assunto nelle Scuole latine dove il dottrinarismo è temperato dal senso della realtà clinica.

Essi sentono lo spostamento che avviene dal Nord dell'Europa verso i Paesi latini, di quei centri che si erano formati ed a cui, come a culto dogmatico, si bruciarono per lungo tempo incensi di supina devozione. Ad essi diciamo il nostro fraterno ringraziamento.

* * *

Di questi giorni Roma ha riunito nel suo seno, convenuti da ogni parte del mondo, un'accolta di studiosi intenti ad applicare alla vita, quale è e quale si vive, la concezione scientifica della divisione del lavoro, che oggi si è imposta agli uomini pratici di ogni paese.

In questo convegno uomini intenti allo sviluppo delle industrie hanno dimostrato quali van-

taggi la organizzazione metodica del lavoro manuale possa recare a chi compie, ed a chi lo dà, nell'interesse superiore della economia Nazionale.

Il Regime Fascista, a sua volta, allargando la applicazione di queste direttive, ha segnalato i vantaggi che da essa si possono trarre e già furono tratti organizzando, in base ad esse, il lavoro non manuale nella pubblica amimnistrazione.

Innanzi a questo nuovo fervore di vita, rivolto ad avviare, organizzandola, l'operosità umana, a determinate finalità pratiche, si presenta ovvio al pensiero il quesito se non sia giunto il momento di organizzare anche l'operosità degli studiosi in medicina su questa via, in quanto i suoi frutti possono e debbono essere praticamente e senza ritardo utilizzati a beneficio dell'uomo e della società ».

L'O. passa quindi in rassegna il lavoro compiuto nelle varie branche della biologia, soffermandosi sulle conquiste della immunità e particolarmente della immunità nella tubercolosi.

L'O. così chiude il suo discorso:

« Ed ora debbo chiedermi, egregi colleghi, se col caldeggiare nuovi indirizzi io abbia oggi violato i limiti che la vecchiaia segna alla attività umana. Deve aversi, sì lo credo, un pudore della vecchiaia, segnalato con una delle scultorie sue frasi da Benito Mussolini, ma credo pure che di vecchiaia se ne abbiano di due specie: una certificata dalla fede di nascita, l'altra caratterizzata da una mente fossilizzata in massime immutabili, sorda innanzi ai palpiti di nuova vita che fremono nell'umanità ringagliarditi fra noi dalla benefica attività fascista.

Queste due specie di vecchiaia possono sommarsi e si sommano spesso in un medesimo individuo ma si possono avere disgiunte e non è raro vedere questa vecchiaia spirituale in soggetti nei quali non si ha ancora la fisica in essi ancora lontana. È a siffatta vecchiaia spirituale che, ne sono convinto, in questa primavera di vita Italica, il Duce ha ricordato bene a proposito il doveroso pudore del silenzio. Io non ho sentito il monito perchè mi sono ritenuto ad essa estraneo. Mi sono ingannato? Ed ora all'opera ».

L'on. GABBI ringrazia il sen. MARAGLIANO e dà la parola al prof. PENDE che svolge la sua relazione.

Malattie di crescenza.
(Disgenopatie idiopatiche e sintomatiche).

I. — *Clinica costituzionalistica e malattie di crescenza.* — Man mano che la clinica medica negli ultimi 30 anni si metteva risolutamente sulla grande via maestra dello studio delle costituzioni normali e morbose, si veniva naturalmente e parallelamente sviluppando il ramo della patologia e clinica della crescenza: poichè le ectopie e deviazioni patologiche della costituzione umana apparivano sempre più, nell'analisi scientifica del loro determinismo, legate ad anomalie o deviazioni patologiche della intensità, velocità ed euritmia della crescenza dell'individuo, ed alla trasgressione delle leggi fondamentali che governano questa crescenza così dell'organismo complessivo come dei suoi singoli apparati e sistemi di tessuti. Cosicchè spesso noi vediamo, fin dalle prime fasi dell'evoluzione individuale extrauterina, delinearsi, talvolta in forma di semplici varianti estreme od *anomalie* della crescenza, talvolta in forma di vere *malattie* di crescenza, dei complessi morfologici-funzionali, che più tardi, a sviluppo completato, si fisseranno come costituzioni morbose o riappariranno come vere malattie costituzionali.

Questo concetto fondamentale, fu già nettamente fissato dal nostro grande capo-scuola ACHILLE DE GIOVANNI, il quale cercò sempre in fatti di squilibri od errori ontogenetici (ed anche filogenetici, precorrendo in ciò il MATTHES) la interpretazione del determinismo delle anomalie costituzionali.

II. *Definizione e delimitazione delle malattie di crescenza nel sistema nosografico-nosogenetico.* — Malattie di crescenza sono malattie in cui il nucleo sintomatologico fondamentale è un'alterazione, che supera i confini delle varianti normali, della regolare metamorfosi ontogenetica individuale, ed il nucleo patogenetico è essenzialmente endogeno, è lo squilibrio costituzionale, di grado morboso, dei meccanismi regolatori della crescita, la trasgressione profonda delle leggi fisiologiche che tale crescita governano.

Trattandosi di malattie clinicamente afferrabili, questa definizione naturalmente si applica ai processi morbosi che possiamo osservare a carico dello sviluppo extrauterino: la nostra clinica della crescenza comincia di necessità dove finisce l'embriologia patologica.

Ciò naturalmente non può essere che provvisorio: poichè è certo che molte malattie della crescenza, che noi sorprendiamo a distanza maggiore o minore dalla nascita, si iniziano nella vita fetale. Ma, pur tenendo conto di ciò, sta il fatto che noi siamo costretti innanzi tutto a separare dalle malattie di crescenza tutta quella serie di *anomalie morfologiche congenite od ereditarie e di malformazioni* circoscritte od anche molteplici nello stesso individuo, che si ritengono create durante le prime fasi dello sviluppo embrionale, od anche fissate dalle leggi dell'eredità e della blastoftoria, malformazioni che dopo la nascita non costituiscono di regola malattie, cioè squilibri funzionali patologici, ma rimangono a rappresentare nell'individuo le stimmati anatomiche, spesso di interesse più antropologico che medico, di una *costituzione degenerativa*, come suol dirsi.

Una distinzione pratica, importante dal lato prognostico soprattutto, occorre ancora fare:

quella delle *malattie di crescenza primarie, idiopatiche*, che si presentano come alterazioni morbose primarie della crescenza, spesso apparentemente spontanee e criptogenetiche (le diremo *disgenopatie idiopatiche*); e quelle malattie di crescenza che sono sintomatiche o secondarie ad un dato organo in via di sviluppo, e vuoi per azione diretta dannosa sui tessuti, vuoi per azione indiretta attraverso lesioni degli organi stimolatori e regolatori della morfogenesi, specialmente delle ghiandole endocrine, determina una sindrome di alterata crescenza (*disgenopatie sintomatiche o secondarie*).

È evidente, dopo quanto abbiamo detto, che questa seconda categoria di casi non risponde più al nostro concetto di malattie di crescenza come di una sindrome costituzionale prevalentemente endogena, essendo qui in campo e predominando fattori esogeni sul determinismo della sindrome, la quale pertanto non ha più per fondamento patogenetico la costituzionale trasgressione profonda, morbosa, delle leggi della crescenza normale.

III. *Le fasi e le leggi della crescenza normale.* — Noi non faremo che ricordare qui brevemente le fasi e le leggi fondamentali della crescenza normale, anche perchè su alcune di tali fasi ontogenetiche ancora poco studiate io desidero richiamare espressamente l'attenzione.

La divisione migliore, con opportune modificazioni, è, dal punto di vista della clinica della crescenza, quella che adotta il Godin, fondata come essa è sui cambiamenti importanti che le proporzioni del corpo presentano in certi periodi della crescita, che perciò sono quelli in cui l'organismo è più esposto alle deviazioni morbose della crescita stessa.

Il primo periodo o prima infanzia va da 1 a 4 anni: è il periodo del *turgor primus*, il periodo della prima dentizione. Il secondo periodo o seconda infanzia va dai 4 ai 6 anni e mezzo. È questo per me un periodo di mutazioni importantissime, che io chiamo di *piccola pubertà*, e generalmente va sotto il nome di *primo allungamento* (proceritas prima). Il terzo periodo o terza infanzia va dai sei anni e mezzo all'inizio della pubertà, cioè circa 15 anni e mezzo, secondo GODIN (14 e mezzo per la donna). Ma è bene separare l'ultima fase di questo periodo che va dai 13 e mezzo ai 15 anni e mezzo, la fase cioè più strettamente prepuberale, in cui si verificano modificazioni evolutive (secondo allungamento) assai facilmente degradanti nella patologia. Segue il quarto periodo della *pubertà* propriamente detta, che dura un biennio, dai 15 e mezzo ai 17 e mezzo (nella donna un anno prima in media); poi un quinto periodo, che il GODIN chiama *internubilopubertario*, chè va dalla fine della pubertà al periodo della nubilità, fissato a 23 anni e mezzo per l'uomo, 21 e mezzo per la donna, periodo di giovinezza propriamente detto, di completamento della maturità sessuale (ma non, si badi bene, della maturità organica).

Qui sembra che la crescita sia compiuta e che si inizi la fase adulta. Ma giustamente gli AA. tedeschi spostano ai 25-28 anni il termine del completamento della crescita della statura; di più occorre notare che anche quando, a questa età, come Friedenthal sostiene, comincia a diminuire la statura, quindi la crescita in lunghezza è definitivamente esaurita, non è detto perciò che tutta la crescita sia completata. Quasi tutti gli autori trascurano il fatto, per noi clinici importantissimo, di un sesto periodo di crescenza, della ultima lenta tappa di crescita in larghezza dell'organismo, che va dai 25-28 anni ai 35-40 circa, l'età cioè stabile o di assestamento della vita, la *constans aetas* degli antichi, quella in cui l'individuo acquista la massima maturità delle forme ed anche, io credo, delle forme e della funzionalità sessuali, e la massima robustezza funzionale, e spesso corregge con l'integrazione della crescita in larghezza o degli organi della vita vegetativa e della massa corporale, le deficienze delle fasi precedenti.

Io desidero richiamare l'attenzione soprattutto sull'interesse delle mutazioni che avvengono nel periodo che va dal 5° al 7° anno, periodo del primo allungamento, in cui la mia osservazione prolungata mi ha convinto che l'organismo presenta, in abbozzo, fenomeni di metamorfosi e di sviluppo di vari tessuti perfettamente paragonabili a quelli della crisi puberale, cosicchè io ho proposto designare tale fase come *piccola pubertà*.

La clinica della crescenza insegna che molti disevolutismi somatici e psichici si esteriorizzano o si accentuano precisamente in questa *piccola pubertà*, che perciò dobbiamo considerare come una fase di fisiologico squilibrio organico, e perciò terreno fecondo di anomalie e di malattie di crescenza.

Ed il 2° periodo di fisiologico squilibrio è senza dubbio la fase iniziale della crisi pubere, il 2° allungamento. Si direbbe dunque che i due periodi di più attiva crescita in lunghezza sono i periodi di maggiore labilità del ritmo di crescenza, e quindi di maggiore morbilità. La spiegazione la troveremo nell'analisi delle leggi fondamentali e dei meccanismi fisiologici della crescenza, di cui ora ci occuperemo brevemente.

In cima a tutte le leggi morfogenetiche noi mettiamo il principio fondato dal Viola nei suoi studi di antropometria clinica, e che può designarsi come *principio dell'antagonismo ponderale-morfologico*: cioè « la evoluzione ponderale od aumento di massa e la evoluzione morfologica o cambiamento di proporzioni, sono tra loro, nell'ontogenesi, in rapporto inverso: quanto più un organismo evolve ponderalmente tanto meno evolve morfologicamente, e quanto meno evolve ponderalmente, tanto più evolve morfologicamente ».

Un secondo principio regolatore della crescenza coordinato col principio morfogenetico del Viola, del quale rappresenta nel tempo stesso ed una di-

mostrazione indiretta ed una per me fondamentale premessa fisiologica, è il principio da me annunziato per la prima volta nel 1912 al Congresso di Medicina interna di Roma, e la cui fondatezza oltre che dal Francioni e dal Viola fu poi riconosciuta dalle ricerche ulteriori di endocrinologia e morfogenia sperimentale, tra le più recenti delle quali ricordiamo quelle del nostro Castaldi: il principio cioè delle due costellazioni ormoniche morfogenetiche, l'una sollecitatrice dello sviluppo del sistema vegetativo, l'altra dello sviluppo del sistema di relazione, l'una dominante negli abiti megalosplancnici ipervegetativi, l'altra nei microsplancnici ipovegetativi. Le due costellazioni, funzionanti con differente attività secondo i vari periodi di crescita, ma ritmicamente ed equilibratamente, sono non i fattori, non le ragioni prime (come alcuni erroneamente hanno frainteso), ma le normali necessarie condizioni endogene dello sviluppo ritmico e reciprocamente equilibrato dei due grandi sistemi organici, ed in linea più generale dell'anabolismo e del catabolismo di tutti i tessuti in via di sviluppo.

E veniamo ad un terzo principio, il *principio delle alternanze* del Godin.

Le grandi alternanze della evoluzione in larghezza e di quella in lunghezza, le fasi di turgor e di proceritas erano del resto già note dai tempi più antichi. Ora noi possiamo dire che esse non sono che la espressione dell'antagonismo tra l'evoluzione di massa o del sistema della vita vegetativa, (visceri del tronco) — cui corrisponde l'ispessimento dell'organismo e l'allargamento delle cavità splancniche e l'ingrossamento delle parti in genere —, e l'evoluzione morfologica o del sistema di relazione (arti, sistema nervoso) cui corrisponde l'allungamento: non sono che l'espressione dell'alternarsi dell'attività funzionale dei gruppi chimici regolatori ed attivatori dell'anabolismo e dello accrescimento della massa e della larghezza o rispettivamente regolatori ed attivatori del catabolismo e della differenziazione morfologica e della crescita in lunghezza.

Le grandi alternanze della statura e del peso, che corrispondono a grandi alternanze dello sviluppo morfologico e dello sviluppo vegetativo avvengono nella fase peripubertaria: e cioè nell'anno prima dell'apertura della pubertà si ha il principale allungamento, nel semestre stesso della pubertà e nei due semestri consecutivi prevale la crescita del peso ed in larghezza, dovuta soprattutto a sviluppo della muscolatura e della cavità toracica.

Subordinato alla legge delle alternanze è quello che Godin chiama *principio dell'accrescimento ineguale*, che riguarda la asincronia e l'ineguaglianza di accrescimento dei vari segmenti di un organo o d'un apparato.

Col sussidio di questi tre grandi principî fisiologici, così intimamente concatenati l'uno con l'altro, ci è possibile comprendere le modificazioni normali della intensità e velocità di crescenza (cioè dell'intensità di crescenza nell'unità di tempo) e del ritmo di essa, nell'insieme dell'organismo, e nelle sue singole parti, nelle varie fasi sopra distinte.

Le deviazioni di tale intensità, velocità, ritmo, che superino i confini della variabilità normale, costituiscono le malattie di crescenza.

Potremmo raggruppare le malattie di crescenza in:

1) *Disgenopatie quantitative;*

2) *Disgenopatie cronologiche;*

3) *Disgenopatie aritmiche.*

Teoricamente i gigantismi patologici cosiddetti euritmici ed i nanismi patologici cosiddetti euritmici apparterrebbero alla prima categoria, la precocità di sviluppo sessuale o scheletro-muscolare o mentale alla 2ª categoria, tutte le altre sindromi di infantilismo generale o di ipoevolutismi e disevolutismi gravi, somatici e psichici, con gravi disarmonie morfologiche, alla terza categoria.

IV. *Patogenesi e sintomatologia delle malattie di crescenza.* — Premesso che le *disgenopatie vere idiopatiche* hanno una etiologia essenzialmente endogena, ereditaria, o da ricercarsi in alterazioni preconcezionali del germe od in alterazioni postconcezionali d'origine materna, in difettosa nutrizione embriofetale o placentare, a cui alcuni AA., come il Godin, dànno la massima importanza, non è detto che questi fattori endogeni non possano essere favoriti nella loro realizzazione clinica da condizioni esogene, di cui le più importanti risultano essere la cattiva alimentazione nella fase di allattamento e nella fase della prima e seconda infanzia, i traumi fisici e psichici, le infezioni ed intossicazioni, la vita in ambienti malsani, gli strapazzi precoci di alcuni apparati organici, in via di sviluppo, per es., del cervello, dell'apparato muscolare, dell'apparato sessuale.

Tutti questi fattori di disgenopatia possono agire in due modi: o direttamente, sulla trama e sul biochimismo dei tessuti in via di sviluppo: per es. uno strapazzo muscolare, sportivo o lavorativo, nell'epoca prepubere, in cui il muscolo cardiaco è fisiologicamente spinto ad un esaltato accrescimento, può determinare una ipertrofia patologica del cuore stesso, con la sindrome clinica corrispondente, ciò che naturalmente non avviene che nei soggetti predisposti a tale deviazione evolutiva.

Ma un'altra maniera di agire dei fattori patogeni è quella a cui oggi si dà spesso importanza eccessiva, se non esclusiva, dati i progressi dell'endocrinologia clinica e della morfologia sperimentale: si pensa cioè che molte volte anche cause esogene di disgenopatia agiscano per il tramite dell'apparato regolatore fondamentale dell'autoctona crescita di tutti i tessuti, l'apparato endocrino.

Ed ora veniamo alla enumerazione delle malattie di crescenza meglio conosciute: il loro numero è certamente destinato ad aumentare con i pro-

gressi della scienza in questo campo. Cominceremo dalle sindromi a carico di alcuni apparati:

I. *Cardiopatia degli adolescenti* (*Strümpell*). (Cuore giovanile, ipertrofia cardiaca di crescenza di G. SÉE). — Si potrebbe anche denominare per la grande analogia (a mio modo di vedere) col cuore irritabile di guerra, come *cuore irritabile degli adolescenti.*

Il Krehl parla di « *sogennante Wachstumsveränderungen des Herzens* ». Recentemente il Brugsch ne ha distinte tre forme che chiama rispettivamente *Wachstumsherz* (cuore di crescenza), *Masturbantenherz* (cuore dei masturbatori) e *Angustieherz* (cuore per angustia aortica relativa). Forse devono rientrare in questa stessa rubrica *della cardiopatie dell'adolescenza* anche altri stati e complessi sintomatici cardiovascolari descritti nei giovani come *ipertrofia idiopatica del cuore* (Schrötter), *rigidità giovanile delle arterie* (Romberg, Faber).

Si tratta di soggetti tra i 14 ed i 20 anni, che si lagnano di palpitazioni, dispnea facile, senso di costrizione toracica. L'esame dell'apparato circolatorio dimostra, secondo gli studi del Krehl, del Brugsch, del Bauer, un allargamento della ottusità cardiaca per lo più in senso trasversale, denotante piuttosto una ipertrofia del cuore destro, secondo Brugsch, più raramente un arrotondamento della punta per ipertrofia concentrica localizzata alla regione apicale del ventricolo sinistro (*cuore a palla, Kugelherz*). Secondo Bauer si trova spesso il cuore coricato orizzontalmente ed a situazione mediana o con arco aortico elevato, tutte stimmati di un tipo infantile del cuore: anzi secondo Lommel, la cardiopatia dell'adolescenza colpirebbe precisamente i cuori ipoplastici.

Secondo Faber questi giovani presenterebbero anche una speciale rigidità delle arterie periferiche dovuta ad ipertonia od a sviluppo iperplastico della tunica muscolare (Wolkow), la cosiddetta *rigidità giovanile delle arterie di Romberg.*

Secondo Brugsch, in alcuni casi è ammissibile una angustia aortica relativa, al che corrisponde forse il sintoma osservato da Bauer, della non constatabile pulsazione dell'aorta al giugulo. L'itto della punta appare spesso molto sollevante, il 2° tono polmonare rinforzato, generalmente si sente sulla polmonare un rumore sistolico. Generalmente esiste tachicardia moderata con grande labilità della frequenza del battito: la pressione può essere elevata, soprattutto la sistolica, più raramente vi è angioipotonia. Interessante è l'habitus dei soggetti che è quasi sempre longilineo, con torace lungo e stretto, ma non di tipo paralitico. Secondo le mie osservazioni gli adolescenti più candidati alla cardiopatia di crescenza sono quelli a torace stenotico d'origine adoneidea: molte volte ho trovato le note dell'adenoidismo o la stenosi nasale, che quasi mai va disgiunta da un certo grado di ipertiroidismo. E devo aggiungere che generalmente questi soggetti presentano anche note spasmofiliche, ed in qualche caso ho potuto constatare i sintomi di quello che Ohm chiama *spasmo del cuore*. Il sistema nervoso vegetativo presenta una grande labilità, ora per prevalente vagotonismo ora per prevalente simpaticotonismo. Faber avendo osservato degli operai della fabbrica Zeiss che 10-12 anni prima, nell'adolescenza, erano stati dichiarati dal Krehl, affetti da cardiopatia di crescenza, ha trovato che nel maggior numero dei soggetti erano scomparsi e l'aumento di volume del cuore e l'itto della punta sollevante, mentre spesso persistevano l'accentuazione del 2° tono polmonare alla base, l'accelerazione o rallentamento o la labilità del polso e l'ipertensione arteriosa precoce.

Interessante è infine il fatto dell'associarsi colla sindrome cardiovascolare di altri disturbi che vedremo pure caratterizzare altre malattie di crescenza, come l'albuminuria lordotica (Krehl, Lommel, Martius).

L'influenza più frequente sulla genesi del cuore irritabile degli adolescenti spetta all'ipertiroidismo, soprattutto a quello che io chiamo ipertiroidismo costituzionale vagotonico, che si associa ad adenoidismo ed a timolinfatismo, ed a disturbi prevalenti a carico del tono dei nervi del muscolo cardiaco.

II. *Sindromi di crescenza dell'apparato scheletro-legamentoso.* (*Fibropatie, osteopatie, condropatie di crescenza*). — Come il cuore, così l'apparato scheletro-legamentoso è sottoposto durante la crescenza ad impulsi formativi periodicamente esagerati, il che spiega, nei periodi di crisi di sviluppo, la facile comparsa di sindromi morbose. Noi faremo cenno delle principali, cioè *la scoliosi detta essenziale degli adolescenti, le algie ossee iuxta epifisarie, la tarsalgia, metatarsalgia e la carpalgia degli adolescenti, il gigantismo segmentario del rachide, la sinostosi prematura del cranio per anormale impulso evolutivo cerebrale, l'ipocondroplasia generale o circoscritta*, inoltre, secondo Madelung, la cosiddetta *deformità* di Madelung delle articolazioni della mano; la *disostosi calcipriva puberale famigliare* di Anton e la *spongiopatia spondilo-epifisaria* di Apert; alcune malattie delle cartilagini epifisarie che si manifestano durante lo sviluppo scheletro (malattia di Schlatter), malattia di Perthes, malattia di Köhler), l'alterazione transitoria di sviluppo dell'osso navicolare descritta dal Köhler, ed infine la classica osteopatia calcipriva dell'infanzia, cioè la rachitide.

III. Come sindrome di turbata crescenza possiamo considerare almeno una buona parte di casi di *albuminuria* funzionale puberale, o lordotica, che nel 77 % si osserva in giovani prima dei 20 anni, secondo Heubner, sebbene possa poi prolungarsi dopo questa età.

Questa *albuminuria della pubertà* (Moscon, Dukes) o *ren iuvenum* come si esprime il Pollitzer, colpisce, come abbiamo accennato, spesso gli stessi

individui preferiti dalla cardiopatia dell'adolescenza, individui pallidi, lunghi, atonici o pastosi, più o meno grassi, apatici e torpidi. Come risulta da osservazioni fatte nella mia clinica, spesso è in campo uno stato timico-linfatico con ipopituitarismo costituzionale.

Secondo le ricerche di Iehle, si sa che la lordosi delle ultime vertebre dorsali e prime lombari, accentuata dalla posizione ortotica, è il coefficiente più importante, se non l'esclusivo, di questa albuminuria infantile o giovanile, lordosi a sua volta connessa, come già sappiamo, con speciali incongruenze di sviluppo dell'apparato scheletro-legamentoso.

IV. *Neuropatie e psicopatie di crescenza.* — Per quanto riguarda le malattie nervose legate fondamentalmente alla crescenza patologica, noi non possiamo che ripetere quanto abbiamo detto a proposito delle gravi ripercussioni sul sistema nervoso dell'accrescimento ineguale del rachide e del capo. Possiamo aggiungere quanto riguarda le sindromi di alterato equilibrio neurovegetativo, ora a tipo prevalentemente vagolabile ora più a tipo simpaticolabile od a tipo misto ed alternante, che prediligono la grande pubertà, ma anche, secondo le mie osservazioni, quella che io chiamo *piccola pubertà*, e che trovano il loro fondamento nel fatto che in queste due epoche fisiologicamente lo sviluppo del simpatico consensualmente con l'attività di ormoni simpaticomimetici, tende a preponderare sul parasimpatico: squilibrio fisiologico dei due sistemi nervosi della vita vegetativa, che può degenerare facilmente in squilibri patologici, donde le neurosi vegetative a tipo prevalentemente simpaticotonico, e spesso ipertiroideo od ipersurrenalico, della crisi pubere. Ovvero il parasimpatico, dominatore della fase anaplastica infantile della vita, può conservare più a lungo e più fortemente del normale la sua preponderanza fisiologica sul simpatico, cosicchè nascono sindromi vagotoniche di crescenza, a sede e forma svariatissima come sono le sindromi imputabili ad eccitabilità morbosa del parasimpatico.

V. *Emopatie di crescenza.* — Qui si presenta a considerare come vera disgenopatia idiopatica puberale la *clorosi*, malattia evolutiva del sangue per eccellenza, la quale, associata o non, con altre anomalie e malattie evolutive di apparati che con la genesi e la distruzione fisiologica del sangue sono ontogenicamente collegati, quale l'apparato vascolare linfatico e reticoloendoteliale (ipoplasia vasale, linfatismo, disfunzione del reticolo endotelio nella funzione elaboratrice del f rro), si presenta come essenzialmente subordinata, secondo ogni verosimiglianza, e secondo le vedute da me esposte e recentemente accettate anche dal Pittaluga di Madrid, con una dissociazione puberale di sviluppo e sbilanciamento funzionale dei due tessuti dell'ovaio, per deficienza di sviluppo e di funzione del tessuto esocrino follicolare ed eccesso di funzione dell'endocrino interstiziale.

Tale anomalia spiega non solo la deficiente fissazione del ferro alle emazie, ma anche i fenomeni di dissociazione, a volte paradossale, dello sviluppo sessuale delle clorotiche, in cui si combinano fenomeni di esagerazione e precocità di alcuni caratteri sessuali secondari con ipoplasia o mancanza di altri, per es. ipoplasia dell'utero ed amenorrea.

Anche come malattie evolutive del sangue, veri infantilismi ematici, possiamo considerare certe *cloroanemie* che si verificano nei fanciulli soprattutto nel periodo di primo allungamento o piccola pubertà od in adolescenti, specialmente criptorchidi, ed in cui è evidente la presenza, più o meno transitoria, di una relativa povertà di emoglobina e di granulociti, di fronte alla ricchezza relativa di linfociti, carattere infantilistico e linfatico del sangue che si dilegua, normalmente, non appena entrano decisamente in azione gli ormoni genitali e surrenali durante la crisi della pubertà.

VI. *Infantilismi e disevolutismi somatici e sessuali e precocità patologiche.* — Sebbene alcuni AA. per es. tra i moderni il Brugsch, propongano di abolire il termine, divenuto equivoco per troppa estensione di concetto, di *infantilismo*, ed il Brugsch vuol sostituirlo con quello di *Kummerformen*, cioè miseria di crescenza, forme di sviluppo stentato, o, come noi possiamo dire, ipoevolutismi o disevolutismi, tuttavia io ritengo che si debba conservare il termine ed il concetto clinico d'infantilismo, se per questo si intende essenzialmente la deficienza grave o la mancanza della pubertà (non della sola pubertà sessuale però) che è il fenomeno che separa il fanciullo dall'adulto.

Le deficienze gravi di sviluppo della sola massa corporea le diremo *ipoevolutismi di massa od iposomie od ipotrofie infantili di tipo patologico*, che escono cioè dai confini della normale variabilità. A questa seconda categoria non appartiene però, come alcuni hanno in principio ammesso, il cosiddetto infantilismo tipo Lorain, poichè, come risulta dalle mie osservazioni, si sono spessissimo descritti con tal nome dei casi in cui, oltre alla gracilità e miseria fisiologica e piccolezza del corpo (chétivisme dei francesi), si riscontrano, ad un esame approfondito, numerosi caratteri di impuberismo, o di pubertà incompleta.

Si tratta qui di infantilismi parziali veri e propri; che spesso hanno pure una patogenesi endocrina analoga a quella di altri infantilismi *sensu strictiori*, per es. una genesi ipoipofisaria od iposurrenalica, come io ho più volte potuto dimostrare.

Per quanto riguarda il nosografismo degli infantilismi, una prima separazione da fare dunque da questi è quella degl'ipoevolutismi di massa, i quali all'infuori di casi rari famigliari di *nanosomia euritmica primordiale o microsomia eredofamigliare* di E. Levi, che non costituisce malattia

ma una anomalia antropologica del tipo etnico, presentano, quando sono di grado patologico, generalmente, più o meno evidenti e numerose disarmonie ipoevolutive od iperevolutive (per es. ipersessualismo delle forme corporee). D'altra parte la genesi di questi nanismi interessanti prevalentemente la massa del corpo non è nettamente differenziabile da quella dei veri infantilismi: io per es. ho dimostrato come l'insufficienza di funzione delle paratiroidi, del timo, forse anche della corteccia surrenale, può determinare microsomie con sufficiente evoluzione sessuale.

Un'altra categoria di casi da separare nettamente dagli infantilismi è quella dell'*ipoevolutismo sessuale primario;* che si accompagna a proporzioni eunucoidi e sviluppo esagerato in lunghezza degli arti inferiori e della statura, con caratteristica deficienza di sviluppo del tronco e del capo. Si tratta qui pure di mancata pubertà sessuale, ma di un ipoevolutismo parziale, non generale, differente dal vero infantilismo, e che deve rientrare nella sindrome dell'*eunuchismo od eunucoidismo od ipogenitalismo primario.*

Infine occorre toccare il quesito se sia legittimo separare, come vuole il Falta, un infantilismo vero (echter Infantilismus) che sarebbe caratterizzato semplicemente dall'assenza di segni riferibili ad insufficienze endocrine, dall'*infantilismo disglandolare.*

Gli infantilismi cosidetti *distrofici,* presentino essi o non clinicamente sintomi netti di insufficienze endocrine, possono, in molti casi, sospettarsi come di origine glandolare, e più precisamente pluriglandolare, oggi che noi sappiamo che le influenze deleterie dell'ambiente sullo sviluppo, si esercitano, elettivamente, per il tramite di alterazioni delle ghiandole endocrine.

Clinicamente noi possiamo distinguere due gruppi di infantilismi, l'*infantilismo distrofico,* che è essenzialmente condizionato da fattori esterni, e l'*infantilismo disglandolare,* che si sviluppa per diretto turbamento delle glandole endocrine.

Ma patogeneticamente sembra che sia da ammettere *un solo infantilismo disglandolare,* poichè anchè per i danni prodotti allo sviluppo dalla mancanza di vitamine, di raggi ultravioletti, ecc., si verifica in primo luogo una deficienza funzionale d'increti che, per conto suo poi conduce all'infantilismo.

Questo infantilismo poi, sempre secondo il Borchardt, può essere *ereditario,* dovuto ad abnorme abbozzo di sviluppo, ovvero *blastoftorico,* ovvero *embrioftorico* (azioni dannose sull'uovo fecondato), ma in ogni caso l'eredità morbosa (assai rara) o la blastoftoria (caso assai frequente) o l'embrioftoria (dimostrata finora in 4 casi) agirebbero sempre per il tramite delle ghiandole endocrine, e più precisamente della insufficienza ereditaria o blastoftorica o congenita od acquisita precocemente della tiroide, dell'ipofisi, del timo, forse anche della corteccia surrenale e del pancreas o di parecchie di queste ghiandole al tempo stesso.

Altre disgenopatie, per le quali pure si agita la stessa questione, sono le *sindromi di precocità morbosa* e quelle di *precoce senescenza* durante il periodo di sviluppo. Anche per le *morbose precocità sessuali, scheletriche, muscolari, psichiche,* accanto a casi di origine ghiandolare ben netta, come sono quelli di precocità morbose di origine pineale, d'origine ipofisaria, di origine corticosurrenale, di origine genitale primaria, vi sono casi in cui non è possibile clinicamente mettere in rilievo alterazioni endocrine. Io chiamo tali dissociazioni *endocrino-aritmie della pubertà.* Interessanti sono quei casi nei quali infantilismo parziale, la precocità parziale ed anche fatti di involuzione senile precoce si combinano in una stessa sindrome patologica.

Ciò, secondo la mia esperienza, avviene in quelle forme di *macrosomia precoce scheletrica-muscolare,* che si associano in modo caratteristico a grave deficienza di sviluppo dei genitali esterni e dei caratteri sessuali secondari, nell'uomo a ginecomastia, ed in modo anche caratteristico, ad adiposità, forme dunque di *piccolo gigantismo infantile adiposo,* in cui le mie ricerche hanno dimostrato la frequente esistenza di dispituitarismo o dissociazione funzionale dell'ipofisi, cioè iperpituitarismo anteriore ed ipopituitarismo posteriore, spesso combinati ad ipertimismo.

A queste disgenopatie complesse endocrinoaritmiche dell'infanzia deve avvicinarsi una sindrome endocrina che io credo meriti di essere individualizzata dalle altre che per la maggior frequenza nella donna, in cui l'ho dapprima studiata, l'ho designata col termine di *matronismo precoce.* Si tratta infatti di una curiosa malattia di crescenza che colpisce bambine tra i 5 ed i 10 anni, e che si caratterizza per ritardo più o meno grave di statura con slargamento notevole delle cavità del tronco e grossa testa ed una adiposità esagerata con distribuzione del grasso che ricorda perfettamente il tipo matronale (accumulo ai fianchi, alle coscie, alle braccia, ai seni), la faccia è pure di donna adulta ed a differenza che negli infantilismi, qui si ha comparsa precoce di peli al pube e delle mestruazioni, sebbene queste mostrino grande irregolarità; l'andatura è disarmonica, anserina, inoltre si ha generalmente notevole ritardo di sviluppo mentale.

Non dubito che casi analoghi siano stati descritti anche in fanciulli maschi, ed io stesso ne ho osservato degli esempi, in cui si è colpiti soprattutto, non come negli infantili comuni, dall'aspetto infantile della faccia, per quanto questa possa essere senescente, come avviene soprattutto negli infantili ipopituitarici, ma dall'aspetto massiccio del corpo, dalla ricchezza di adipe, dall'andatura, dalla fisonomia e dall'atteggiamento dell'uomo maturo. In alcuni di questi casi io ho trovato anche una elevazione della pressione arteriosa. Dal lato endocrino ritengo probabile l'esistenza in queste forme di adultismo precoce dissociato, d'una insufficienza tiroidea associata a precoce

sviluppo genitale e forse anche ad iperfunzione della corteccia surrenale.

*
* *

Mi resta ora da accennare alla terapia delle malattie di crescenza. È questo il grande campo della protezione delle madri e dei fanciulli, il campo dell'igiene prenatale e postnatale, della prevenzione e della cura precoce di tutte le deviazioni dei fenomeni di crescenza somatica e psichica che non ancora han sorpassato i confini della normale variabilità e che non ancora costituiscono malattie. Tale cura precoce non può essere fondata se non sull'accertamento precoce e sull'esame periodico dei fanciulli dalla nascita al completamento della pubertà.

L'Italia nuova si è già messa coraggiosamente su questa via, ed io qui sento il dovere di esprimere pubblicamente il mio plauso ed il grato omaggio di ammirazione per il nostro grande Ministro dell'Istruzione, S. E. il Prof. Pietro Fedele, che ha voluto già dall'anno scorso realizzare in Genova la creazione di Istituti specializzati per lo studio e la tutela della crescenza dei fanciulli ed adolescenti durante tutto il periodo della scuola primaria e secondaria, ben sapendo che l'età scolastica comincia precisamente quando il fanciullo esce da una prima crisi di crescenza (finora troppo trascurata), quella che io chiamo *piccola pubertà*, e finisce col chiudersi della grande crisi puberale: cosicchè tutta la vita della scuola primaria e secondaria è vita di lotta per il fanciullo e l'adolescente, non solo e non tanto per costruirsi una personalità intellettuale, ma per edificare la propria fabbrica corporea e morale, fabbrica che spesso non sorge che assai stentatamente, a costo di errori della natura più o meno prontamente e completamente riparati dalla natura stessa, quando non siano aggravati dall'incoscenza dell'individuo stesso e dalla ignoranza involontaria delle leggi di crescita da parte delle famiglie e degli educatori. La terapia e profilassi delle malattie di crescenza deve valersi di tutti i mezzi più moderni atti a regolarizzare, stimolare, favorire e soprattutto a non far deviare il processo dello sviluppo generale e degli sviluppi dei singoli apparati organici. È noto come gli eccessi e l'irrazionale applicazione delle pratiche sportive ed il lavoro precoce dei fanciulli e gli abusi dello studio scolastico siano spesso causa di malattie anche irreparabili della crescenza generale e di quella di tessuti importantissimi, come il cuore, il cervello, il sangue: e che le precoci pratiche sessuali dei giovani e l'onanismo rappresentano pure cause frequenti d'arresto di sviluppo sessuale e di gravi perturbamenti del sistema endocrino.

Si è molto parlato, a proposito specialmente delle osteopatie calciprive, del difetto degli alimenti in speciali vitamine, ma a noi pare che, nella pratica, questo fattore causale non abbia quella importanza che si suppone: il che non toglie che una alimentazione ricca di vitamine possa essere un ottimo coadiuvante delle cure di crescenza. Assai utile è nei soggetti a crescenza difettosa e ritardata la climatoterapia, precisamente la talassoterapia e l'elioterapia in riva al mare preferibilmente per gli adolescenti con insufficienze endocrine sessuali o tiroidee o con fenomeni di ipertimolinfatismo, la terapia di altitudine razionalmente dosata secondo la reattività dei soggetti e l'elioterapia d'alta montagna, per i soggetti con insufficienze ipofisarie o surrenali. Ottime cure coadiuvanti possono riuscire per i soggetti in via di crescenza anche le *colonie idropiniche* da me recentemente proposte, per bagni di acque salsoiodiche od arsenicali-ferruginose. Una educazione fisica e meccanoterapia razionale può anche essere una stimolatrice e regolarizzatrice potente dello sviluppo di certi apparati, come l'apparato scheletro-legamentoso e muscolare, l'apparato circolatorio, il sistema nervoso.

Infine tre grandi mezzi di cura moderni degli stati di infantilismo generale e di ipoevolutismo d'origine endocrina sono: l'opoterapia, adoperata razionalmente in base ad una esatta diagnosi della formula di squilibrio pluriglandolare esistente nel soggetto, ed assai a lungo e preferibilmente per via ipodermica; la radioterapia e fototerapia (raggi ultravioletti) stimolanti delle glandole endocrine, che han dato già risultati promettenti soprattutto nel campo delle disgenopatie d'origine genitale od ipofisaria; infine la pratica, da me attuata finora in un numero ancora limitato di casi, per ciò che riguarda fanciulli e adolescenti, ma con risultati che mi autorizzano a ben sperare, dell'*innesto pluriglandolare*, fondato sul concetto dell'origine pluriglandolare abituale degli stati di infantilismi e disevolutismi complessi prepuberali o puberali, e sul concetto che anche nelle forme di ipoevolutismo apparentemente limitato ad ipofunzione endocrina sessuale, è sempre utile associare a quello della glandola sessuale l'innesto delle altre glandole che sappiamo agire consensualmente con la glandula sessuale nello sviluppo della sessualità.

Le osservazioni finora compiute nell'uomo con la collaborazione del valoroso chirurgo prof. L. Durante hanno dimostrato la assoluta innocuità dell'innesto nell'uomo, ed anche in fanciulli, della tiroide, ipofisi, pineale, timo, corteccia surrenale, glandola sessuale (tolte a scimmie, macachi o cinocefali) e di parecchie di queste ghiandole al tempo stesso.

Il tempo da cui datano tali osservazioni è troppo breve perchè io possa sentirmi autorizzato ad emettere un giudizio conclusivo sulla loro efficacia e sulla durata della medesima: ma posseggo già qualche osservazione bene documentata e rimontante a parecchi mesi, la quale dimostra con ogni evidenza l'azione benefica, che ha a volte dell'incredibile, di tali innesti pluriglando-

lari, sull'organismo, quando essi siano praticati con indicazione diagnostica precisa, ed eseguiti con tecnica appropriata.

Discussione sulla relazione.

BARBARA M. (Bari). — Osserva come esistono ancora non pochi punti oscuri e lacune nelle malattie della crescenza, e pensa che ulteriori studi potranno recare nuova luce. Richiama l'attenzione sulla importanza di un esatto apprezzamento costituzionalistico dell'individuo infantile, poichè solo una esatta valutazione morfologica del biotipo permette di giudicare dello stato degli organi interni. Rileva poi come una classificazione antropometrica e morfologica possa essere fatta soltanto col metodo del Viola.

DEVOTO L. (Milano). — A proposito della III legge osserva che i ragazzi inviati in alta montagna vanno spesso incontro a sensibili aumenti nel senso della statura, e ciò nel giro di pochi mesi. Osserva inoltre, come da secoli le popolazioni di alta montagna siano del tipo longilineo. Domanda se nei turni di alternanza di crescita non si possa stabilire la influenza prevalente delle stagioni più fredde nella crescita in senso verticale e delle stagioni calde nella crescita in senso circolare.

VIOLA G. (Bologna). — Non condivide l'opinione del R. sulla autonomia e indipendenza del sistema endocrino nelle malattie della crescenza, nè si può convincere che il sistema endocrino possa essere tanto stimolatore che regolatore poichè nel complesso processo della crescenza vi è una guida che regola tanto l'accrescimento dell'organismo quanto lo sviluppo e la funzione degli organi endocrini. Questa guida è il sistema nervoso. Di fronte ad organi ghiandolari funzionanti interviene il sistema nervoso vegetativo nel farli funzionare o nell'arrestarli, e secondo le più moderne concorrenze esso non si limita a rapporti di eccitofunzione in un determinato organo, ma senza l'intervento di altre ghiandole endocrine invia attraverso filamenti propri, eccitamenti ad altri organi. E poichè molteplici sono i compensi nel campo del sistema nervoso vegetativo, la distruzione anche di gran parte di essa, non ne modifica l'azione poichè questa si compie attraverso altre vie supplettive. Rileva come la relazione del Pende imposti in un modo nuovo le malattie della crescenza e porti alla loro sistematizzazione.

Risposta del Relatore.

PENDE. — Rilevando l'importanza delle osservazioni del Barbara osserva come all'età di 11 anni la morfologia dell'individuo si avvicini maggiormente a quella dell'individuo adulto.

Al Devoto risponde che è dimostrato che le popolazioni di alta montagna hanno un abito longilineo, il che si spiega con una prevalenza della funzione ipofisaria, mentre nelle popolazioni costiere fra le quali prevale l'abito opposto ha maggiore importanza la funzione tiroidea. Osservazioni compiute specialmente in Norvegia dimostrerebbero che la crescita in lunghezza è maggiore in estate che in inverno. Rivolgendosi al Viola, ricorda come sino dal 1909 abbia esposto la sinergia del sistema endocrino e del sistema nervoso vegetativo, ma crede che si debba ammettere una coordinazione di essi, ma non una subordinazione del sistema endocrino al sistema nervoso. Il sistema nervoso agisce nel sistema endocrino non continuamente, ma soltanto quando ciò sia necessario. Conferma il suo concetto della indipendenza del sistema endocrino dal sistema nervoso e insiste sul fatto della supervalutazione del cervello. *(Continua).*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Le forme infettive del reumatismo articolare acuto.

Bezançon, Bernard, Celice e Jonnesco (*Bull. et mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n. 18, 2 giugno 1927) richiamano nuovamente con una serie di casi l'attenzione sul fatto che esistono forme di reumatismo poliarticolare acuto in cui il P. è piuttosto un piccolo reumatico, ma un *grande infetto:* la poliartrite acuta non sarebbe in realtà che uno degli episodi nel corso della malattia cronica reumatica. Gli AA. riproducono a testimonianza delle loro affermazioni 4 casi clinici compiutamente studiati in tutto il loro decorso, dai quali risulta che nella malattia reumatica, la poliartrite non solo non è tutto, ma anzi può essere così tardiva e frusta che la natura dell'infezione resta indeterminata. La preponderanza dei segni di infezione generale può in un primo tempo disorientare facendo pensare ora a una sepsi, ora ad una miliare, ora ad una affezione polmonare banale. Spesso i segni cardiaci di endo e miocardite sopratutto (cioè tachicardia, dolori precordiali, cardiomegalia) tradiscono la *poussée* evolutiva che si svolge nel cuore, ma in altri casi ci si trova di fronte a un solo stato infettivo grave che si prolunga per settimane. È sempre necessario indagare con cura gli antecedenti reumatici, notare l'importanza dei sudori, e tentare, vera pietra di paragone la cura salicilica, che, specie se associata per os e per via endovenosa è spesso efficacissima. Ricordisi, come già l'aveva detto Garrod, che la malattia reumatica va sempre più considerata come una malattia cronica a risvegli acuti, che ci offre delle *poussées* evolutive sia con manifestazioni articolari, sia con manifestazioni viscerali predominanti (cardiache sopratutto) sia con manifestazioni prevalentemente infettive. Grenet condivide pienamente queste idee, egli fin dal 1915 ha rivelato come i sintomi digestivi possono talora prendere il piede su quelli articolari e sviare la diagnosi. La malattia reumatica presenta certo spesso degli aspetti anomali ed ingannevoli.

Faure-Beaulieu e Barbe (*loco citato*, n. 19, 9 giugno 1927) citano il caso di una giovinetta a lungo e gravemente malata per una crisi di malattia reumatica acuta, la cui natura non potè essere determinata che in fine. Dapprima lo stato generale allarmante, con anemia, splenomegalia, gengivorragia simulava una leucemia acuta che fu poi smentita dall'esame ematologico. Poi seguì una seconda fase in cui si assistette allo stabilirsi di una lesione aortica onde si pose la diagnosi di endocardite infettiva innestatasi sopra un cuore già colto da reumatismo, ma le emoculture non confermarono questa ipotesi. Solo due mesi dopo l'inizio della malattia sorse una artropatia a decorso reumatico, ed il salicilato migliorò rapidamente tutti i sintomi. Ciò conferma nettamente l'opinione di Bezançon e della sua scuola che il reumatismo acuto è accessoriamente una malattia articolare, e prima di tutto è una affezione cardiaca, ciò che del resto è corroborato dalla anatomia patologica che dimostra la costanza dei nodi di Aschoff. Per poter porre più facilmente le diagnosi si devono tenere presenti i seguenti punti:

1) l'anamnesi che ricorda crisi antecedenti di tipica poliartrite ha un certo valore, sebbene non può escludere l'ipotesi di una endocardite maligna che attecchisce bene su cuori già lesi dal reumatismo;

2) il pallore ed i sudori profusi;

3) altre coesistenti localizzazioni reumatiche, per esempio angina premonitoria, pleurite dolorosa, bilaterale, rapida;

4) Bezançon avrebbe notato eosinofilia che se non è probativa per il reumatismo, può però fare escludere la endocardite maligna.

Etienne May, richiama l'attenzione sul fatto, che potrebbe essere utile alla diagnosi, che le pleuriti reumatiche sono poco ricche in albumina come lo può rilevare bene l'esame refrattometrico. Questo (refrattometro Zeis) dà per gli essudati un indice refrattometrico superiore a 40, per i trasudati inferiore a 30; le pleuriti tubercolari in specie, e le infettive banali oscillano tra 40 e 45. Mentre le pleuriti reumatiche danno un indice refrattometrico tra 30 e 40.

L. TONELLI.

Le forme tardive a lunga scadenza di reumatismo blenorragico.

M. P. Weil e M. Gaucher (*Bull. médical*, n. 28, 6-9 luglio 1927) richiamano l'attenzione sull'esistenza di forme tardive di reumatismo blenorragico, che sopravvengono quando la blenorragia è già guarita da tempo, e spesso se ne è già quasi dimenticata l'esistenza.

Essi ricordano 5 casi da loro osservati: casi in cui i fenomeni articolari comparvero rispettivamente 5, 7, 11, 23, 26 anni dopo che la blenorragia era, almeno clinicamente, guarita. Queste forme di reumatismo blenorragico tardivo possono

assumere aspetti clinici assai differenti: schematicamente si può distinguere una forma artralgica, una forma con versamento, una forma artritica con tendenza all'anchilosi, e infine una forma ricorrente, a poussées successive.

La diagnosi, assai difficile clinicamente, è stata possibile in un caso per la presenza del gonococco nel liquido articolare; in due casi per il reperto di filamenti e di gonococchi nelle urine, e negli altri casi basandosi sulla positività della gono-reazione. Gli AA. insistono molto sulla utilità clinica di questa reazione, che dichiarano molto sensibile, e abbastanza specifica: solo i sieri a W. R. positiva avrebbero tendenza a dare, in presenza dell'antigene gonococcico, reazioni falsamente positive.

A parte i casi in cui contemporaneamente ai fenomeni articolari sono presenti nelle urine filamenti e gonococchi, casi in cui evidentemente il processo blenorragico non può considerarsi come definitivamente guarito, l'osservazione degli AA. è molto importante, richiamando l'attenzione dei medico sulla possibile natura gonococcica di alcune sindromi articolari oscure.

M. SABATUCCI.

Gonococcemia a localizzazioni multiple articolari, cardiache, meningee e cutanee, seguita da guarigione.

Assai rari sono nella letteratura i casi di gonococcemia con endocardite seguìti da guarigione. Un caso recente, di particolare gravità, è quello descritto da H. Schaeffer e P. Baron (*Paris médical*, 30 luglio 1927).

Si tratta di una donna di 26 anni, blenorragica da 6 mesi, che fu colpita da poliartrite e da febbre, con gravi sintomi generali. Due esami culturali del sangue diedero risultato positivo per il gonococco. Presto si aggiunsero i segni di una endocardite, e poi quelli di una miocardite: localizzazione quest'ultima finora mai descritta nel corso della gonococcemia. Quindi entrarono in scena gravi sintomi meningei, e quantunque il reperto di gonococchi nel liquor fosse dubbio, gli AA. li interpretarono come una vera meningite gonococcica. Dopo tre mesi di gravissime condizioni comparve una piodermite diffusa alla faccia e agli arti inferiori: l'esame del pus rivelò la presenza del gonococco allo stato puro. Contemporaneamente la febbre diminuì fino a scomparire, le condizioni migliorarono, e la malata entrò in convalescenza.

Gli AA. pensano che nel loro caso la piodermite si sia comportata come un vero ascesso da fissazione.

M. SABATUCCI.

TERAPIA.

Diabete, tubercolosi polmonare e insulina.

Rosenberg e Wolf (*Klins. Wochen.*, 14 maggio 1927, n. 20) hanno studiato accuratamente i rapporti esistenti tra tubercolosi polmonare e diabete: su 1000 diabetici hanno rintracciato 40 tubercolosi. Essi vengono alle seguenti conclusioni:

1) in un diabetico tubercoloso sufficientemente insulinizzato la tbc. evolve come in un P. a metabolismo basale normale;

2) la tbc. provoca sempre un abbassamento della tolleranza, ma in qualche caso sembra avere una azione favorevole sul metabolismo;

3) la tbc. nei diabetici è indicazione urgente per la cura della insulina. Questi malati vanno curati prima come diabetici che come tubercolosi;

4) le forti dosi di insulina influenzano favorevolmente il decorso della tbc.;

5) l'iniezione dell'insulina può dar qualche lieve aumento di temperatura per 2-3 giorni, ma ciò è trascurabile di fronte ai vantaggi definitivi. L'insulina non ha mai aggravata la tubercolosi.

L. TONELLI.

Le azioni tossiche collaterali della sintalina.

Anche Frank ed i suoi collaboratori, i quali per primi introdussero la sintalina, il derivato guanidinico che sarebbe il primo rimedio attivo per il trattamento perorale del diabete, notarono in qualche caso la comparsa di disturbi.

Tali disturbi, secondo E. Szczeklik (*Wien. Klin. Woch.*, n. 34, 1927) sarebbero di due tipi: 1) disturbi dispeptici; 2) gravi lesioni epatiche.

I disturbi dispeptici sono del tutto simili ai fenomeni d'avvelenamento per guanidina: perdita dell'appetito, nausee, vomiti, astenia, abbattimento. La loro comparsa è piuttosto precoce, e l'intensità delle manifestazioni morbose va sempre più crescendo, fino a costringere a sospendere del tutto il medicamento.

Patogeneticamente si tratta di alterazione della funzionalità epatica, e si può considerare questo stato morboso come un grado più attenuato dei disturbi del 2° tipo.

Questi si manifestano con comparsa di urobilina e urobilinogeno nelle urine, forti dolori al fegato, vomiti, e, alla fine, coma.

Una diminuzione di quantità della sintalina somministrata sarebbe il più logico rimedio contro tali fatti tossici. Ma se si considera che allora anche con la semplice dieta appropriata si riesce ad ottenere un analogo abbassamento del tasso glicemico, si comprende come diverrebbe superfluo l'uso del medicinale a piccole dosi.

È quindi più logico cercare di modificare la sua costituzione chimica, onde poterlo con tranquillità usare in pratica, senza pericolo di veder insorgere una sindrome d'avvelenamento cronico da guanidina. M. FABERI.

Importanza della deisidratazione nelle cure dimagranti.

Spesso, osserva A. L. Molnàr (*Deutsche Medizin. Wochenschr.* n. 42, 1926), non si riesce a far diminuire di peso gli obesi neppure con una dieta molto povera di calorie. In questi casi è la ritenzione di acqua che mantiene inalterato il peso del corpo: la dieta povera di calorie fa diminuire di peso gli obesi soltanto se contemporaneamente si inibisce la tendenza alla ritenzione idrica. La ritenzione idrica si evita limitando l'ingestione di sale fino a 1, 5-3 grammi: i liquidi ingeriti anche in quantità non vengono allora ritenuti, e d'altronde il paziente a regime ipoclorurato beve spontaneamente di meno. Oltre al regime ipoclorurato è necessario un diuretico, che allontana dall'organismo il sale già accumulato: 0,7 gr. di novasurol ogni 5-10 giorni o più spesso ancora. Il novasurol è controindicato se compaiono eritrociti nell'urina. Questo regime con contemporanea dieta di circa 1200-2000 calorie determina dimagramento nei casi estremi di adiposità; scarsa è invece l'efficacia nell'adiposità meno spiccata. *fil.*

VARIA.

Variabilità delle malattie infettive.

Naegeli (*Schweiz. med. Woch.*, 9 apr. 1927) crede che i virus siano soggetti a esacerbazioni e attenuazioni naturali: così egli ha osservato che l'influenza assunse una letalità straordinaria in un ristretto ambiente, ove su 12 colpiti determinò 11 morti; una stessa epidemia d'influenza fu molto grave per una parte di reggimento e molto lieve per un'altra parte che stazionava altrove.

Si notano anche differenze tra i vari ceppi di tubercolosi umana.

Naturalmente, accanto alla virulenza del germe, intervengono differenze individuali, caratteri genotipici, costituzionali, che predispongono alla tbc. letale; mentre la predisposizione alla tbc. può considerarsi universale.

L'A. crede che i casi lievi di vaiolo, osservati nella recente epidemia svizzera, siano diversi dal vaiolo classico, sia clinicamente, sia serologicamente, sebbene esista immunità crociata tra le due forme; l'A. propone di chiamare la prima di esse « variola nova ».

L'A. considera l'encefalite epidemica decisamente diversa dall'influenza, in cui si notano leucopenia e alterazioni degenerative dei leucociti; la considera come una malattia nuova.

I casi di encefalite influenzale di Leichtenstern erano caratterizzati da vaste emorragie cerebrali.

O. F.

Cambiamento delle malattie interne.

Il prof. Magnus-Lewy (*Med. Klinik*, 25 mar. 1927) menziona una serie di malattie interne di cui egli ha visto modificarsi i caratteri nel corso della sua vita professionale. Così, la tabe dorsale e la paralisi progressiva non hanno più nulla da fare con le gravi malattie che si osservavano un tempo; altrettanto può dirsi dell'aneurisma aortico, della cirrosi epatica, della dilatazione gastrica, del diabete, della gotta, degli itteri.

Anche la frequenza si è molto modificata; alcune malattie sono in via di scomparsa, come la clorosi, mentre altre sono divenute più frequenti, come l'anemia perniciosa. Il *delirium tremens* oggi si osserva di rado, e così pure la « anestesia turbulenta » degli alcoolisti cronici.

O. F.

Una malattia che risorge: l'acrodinia.

M. Péhu e P. Ardisson (*Paris Méd.*, 8 apr. 1927) ricordano che la designazione di « acrodinia » fu applicata nel 1830 da Chardon jr. ad una forma morbosa che era in quel tempo comunemente nota sotto il nome di « male dei piedi e delle mani », caratterizzata da dolori, sintomi cutanei (arrossamento, desquamazione, pigmentazioni diverse) e disturbi muscolari agli arti. La malattia ha mostrato ricomparse brusche, con una certa periodicità, ed ha ricevuto nomi diversissimi: eritrodermia di Swift, eritrodermia polineuritica di Patterson, male rosso di Clubbe, acrodermatite cronica mutilante di Weber, neurosi vegetativa di Feer, neurosi del sistema endocrino-vegetativo di Tecilasy; si è parlato anche di sindrome polineuritica pseudo-pellagrosa e perfino di pellagra

Qualcuno di questi termini si potrebbe adottare. Quello di acrodinia proposto dal medico che per primo la descrisse, non è perfetto, poichè i dolori delle estremità non sono costanti o per lo meno essi non occupano un posto preponderante nella sintomatologia; ma per necessità nosologiche si giustifica la designazione di acrodinia, la quale permette di aggruppare tutti i lavori pubblicati sopra questa forma morbosa, evitando che la descrizione originale del processo morboso venga catalogata separatamente da quelle posteriori.

L. V.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Spedalizzazioni e medicinali per i poveri.

Tutti sanno che le spese Comunali più gravose sono quelle per le spedalità e per i medicinali ai malati poveri, spese che hanno sempre costituito una preoccupazione per i cessati amministratori e che oggi sono un vero incubo per i Podestà che hanno il giusto obiettivo di normalizzare i relativi bilanci.

È certo che notevoli economie si potranno realizzare con la leale collaborazione dei medici condotti; ma può anche avvenire che, volendo raggiungere risultati molto appariscenti, si cada nelle esagerazioni e si commetta un errore grave ed eminentemente antifascista.

In poche parole può avvenire che tutelando soverchiamente i bilanci comunali (interessi particolari), si vengano, in qualche caso, a ledere gl'interessi collettivi della Nazione e della stirpe.

Mi spiego con qualche esempio concreto suggeritomi dall'esperienza.

Molti lavoratori, sia delle officine che dei campi, colpiti da infortunio o da complicazioni ad esso inerenti e, perchè poveri, curati a domicilio con mezzi ristretti in ambienti inadatti, si trascinano in *lunghe inabilità temporanee* e spesso guariscono *con gravi postumi permanenti.*

Questi infortunati se fossero stati invece spedalizzati, cioè messi in migliori condizioni di curabilità, sarebbero guariti più presto e con conseguenze assai meno gravi.

È chiaro che nel primo caso si sono risparmiate delle somme per spedalità; ma se ne sono spese di molto maggiori per liquidare le indennità. E si noti inoltre che lavoratori con gravi inabilità permanenti sono forze quasi sempre negative perchè non producono o producono poco e sono di carico alla collettività.

Viene anche il dubbio che limitando soverchiamente e con criteri unilaterali la spedalizzazione dei poveri si vada contro agli altissimi scopi che la Rivoluzione Fascista intende di raggiungere colla Legge per la *Protezione della Maternità e dell'Infanzia.*

I Comuni ostacolando, ad esempio, la spedalizzazione tempestiva di gestanti povere, abitanti in case inadatte, dove l'assistenza ostetrica può non essere pronta ed efficace, risparmiano sì nelle spese, ma, pur non volendolo, contribuiscono ad esporre donne, nascituri e neonati ad una maggiore morbilità e mortalità, recando così un grave colpo all'incremento demografico ed alla integrità fisica della razza. Le statistiche sulla febbre puerperale e sulla mortalità prenatale nelle campagne, sono di una eloquenza molto persuasiva.

Riflessioni analoghe si possono fare anche in materia di medicinali ai poveri: è certo che bisogna dare l'ostracismo a tutte le *specialità farmaceutiche ciarlatanesche* ed a tutte quelle preparazioni messe in vendita già confezionate che possono essere, senza danno per gli ammalati, sostituite con preparazioni galeniche su ricetta caso per caso.

Ma anche qui non bisogna esagerare e non bisogna disconoscere che in Italia c'è un formidabile risveglio nelle oneste industrie farmaceutiche, cosicchè la terapia si va ogni giorno arricchendo di sostanze medicinali, di sieri curativi e preventivi, di siero-vaccini, ecc., bene preparati, molto efficaci, bene tollerati, ma certamente alquanto costosi. Ora non mi sembra giusto che i malati poveri debbano essere esclusi dai benefici di cure medicinali di provata efficacia solo per il fatto che esse sono costose.

Anche quì può giovare qualche esempio.

È dimostrato che la causa principale della mortalità dei bambini nel primo anno di vita deriva da una alimentazione inadatta, ma è anche dimostrato che molti bambini, che non hanno la fortuna di allattare al seno materno o di una buona balia, trovano in numerose preparazioni di latte concentrato, di latte polverizzato, di farine lattee, ecc., che sono oggi un vanto della industria Italiana, una alimentazione che li può salvare da gravi malattie e dalla morte.

Ora, per il solo fatto che queste preparazioni sono costose si dovranno forse privarne i bambini della povera gente?

Da questi pochi concetti, per quanto frammentari, mi deriva la persuasione che gli Enti Autarchici, con la consulenza di persone tecniche, debbano compiere sollecitamente una profonda revisione su tutto l'argomento complesso della spedalizzazione e somministrazione dei medicinali gratuiti ai malati poveri, con criteri più moderni, liberi da una parte, dalle pastoie demagogiche, ma dall'altra più ossequienti ai supremi obiettivi della Rivoluzione Fascista.

Dott. A. ZAMBLER.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato medico fascista di Roma e provincia.

Il 23 ottobre, nell'Aula Magna della R. Università, gentilmente concessa dal rettore, prof. Del Vecchio, si è tenuta l'assemblea ordinaria del Sindacato medico fascista di Roma e Provincia.

L'assemblea, alla quale intervennero quasi tutti i sanitari iscritti, fu presieduta dall'on. Bifani, segretario della Federazione Provinciale dei Sindacati fascisti. Intervenne anche l'ispettore provinciale dei Sindacati intellettuali, avv. De Bernardis.

Aperta la seduta l'on. Bifani pronuncia un poderoso discorso, tutto materiato di fede incrollabile nell'opera che i Sindacati fascisti sono chiamati a svolgere.

Sorge poi a parlare il segretario del Sindacato medico fascista di Roma e Provincia, prof. Ermanno Fioretti, salutato dall'assemblea con una affettuosa ovazione. Egli legge la relazione dell'opera complessa compiuta dal Sindacato nei suoi primi anni di vita, tutta rivolta a ben intesa tutela dell'elevamento morale, intellettuale ed economico della classe. Delineate le basi fondamentali del nuovo ordinamento corporativo nei riguardi dei professionisti, egli insiste nel concetto unitario non solo in relazione ai vari gruppi di essi, ma anche nei rapporti tra Sindacati professionali e Sindacati operai.

Dopo l'esposizione delle varie iniziative adottate e delle attività intraprese in pro' della classe medica, e dopo aver accennato alla grave questione delle condizioni in cui molti sanitari vanno a trovarsi per l'enorme numero di professionisti esistente, e ai mezzi che occorrerà predisporre per attenuare la gravità del fenomeno, il prof. Fioretti chiude il suo discorso con una fervida perorazione ed invia, fra le più calde acclamazioni dell'assemblea, un saluto all'amato Duce, al segretario generale del partito e all'on. Rossoni.

L'ispettore avv. De Bernardis, dopo aver messo in rilievo con grande efficacia il lavoro che sta esplicando a favore delle questioni sanitarie sociali il Sindacato degli intellettuali, prende la parola sulla parte dell'ordine del giorno che porta la designazione del segretario del Sindacato e la nomina dei membri del Direttorio; egli propone, dopo aver messo in evidenza le spiccate doti di attività operosa e di fede sicura del prof. Fioretti, che questi venga riconfermato nell'alta carica; e l'assemblea unanime, approva per acclamazione la proposta.

Il presidente, letta la lista proposta da molti medici, la pone ai voti, ed essa risulta integralmente approvata all'unanimità.

Il Direttorio pertanto risulta formato dai seguenti sanitari: 1) dott. Angelucci Fausto; 2) dott. prof. Cicaterri Beno; 3) dott. prof. Dalla Vedova Riccardo; 4) dott. prof. Laurenti Gaetano; 5) on. prof. dott Perna Amedeo; 6) dott. Trulli Nicola.

Viene quindi aperta la discussione sulla relazione del segretario.

Il dott. Liebman porta il saluto affettuoso del segretario generale dell'Urbe, comm. Guglielmotti, e del presidente degli ospedali, comm. Cotta. Parlano quindi sui problemi più importanti che interessano la classe medica e la sanità pubblica: il prof. Pestalozza, il prof. Coen Cagli, il prof. Cammarella, il dott. Liebman, il prof. Biasiotti, il prof. Carafa, il prof. Esdra, il dott. Doria, il dott. Fogliani, il dott. Pennacchio, il dott. Croce e moltissimi altri. Vengono così trattate le questioni riguardanti l'esercizio abusivo, l'assicurazione sulle malattie. l'Albo chiuso, la disoccupazione, l'accettazione dei malati nelle cliniche e negli ospedali, la mezzadria professionale, la denunzia degli aborti, l'esercizio professionale dei medici stranieri, le case di salute straniere, ecc. Il prof. Fioretti risponde esaurientemente a tutti e comunica che le questioni trattate verranno prontamente studiate da apposite commissioni da nominarsi tra gli iscritti al Sindacato; dopo di che la relazione viene approvata all'unanimità.

Vengono anche approvati all'unanimità due ordini del giorno di plauso ai dirigenti del Sindacato: l'uno per l'opera svolta a favore dei medici condotti di Roma e Provincia, l'altro per i lusinghieri risultati dell'interessamento esplicato a favore dei medici ospitalieri.

L'on. Bifani riassume quindi con brevi parole il lavoro compiuto e beneaugura a quello che il Sindacato si prepara a svolgere.

Il prof. Fioretti propone e l'assemblea approva per acclamazione, l'invio di telegrammi di devozione e di saluto all'on. Mussolini, all'on. Turati e all'on. Rossoni.

Dopo di che il presidente dichiara chiusa la seduta.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUASANTA (*Ascoli Piceno*). — Scad. 30 nov.; 3ª zona; L. 8500, oltre L. 500 indenn. laurea; L. 1000 indenn. forese; L. 2700 cav.; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a. Residenza capol. Stazione term. Tassa L. 50.10.

AMANDOLA (*Ascoli Piceno*). — Scad. 30 nov.; vedi fasc. 44.

ASCOLI PICENO. — Scad. 15 nov. V. fasc. 44.

BASCHI (*Perugia*). — A tutto il 10 dic., per Civitella dei Pazzi; L. 9000 e 6 sessenni dec., oltre L. 600 serv. att.; c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15; docum. a 3 mesi dal 25 ottobre.

BASSANO. *Ospedale Civile*. — Assistente della Sezione chirurgica; chiusura 20 nov.; chiedere condizioni al Commissario.

BOLOGNA. *Ricovero di Mendicità V. E. II*. — Medico assistente all'Ospedale annesso; per laureati negli anni 1923-25; L. 6000 compreso c.-v., alloggio personale. Rivolgersi Amministraz. (via Drapperie 6). Scad. 20 nov.

CASTELNUOVO DI CONZA (*Salerno*). — Consorzio con Santomenna. Scad. 15 dic.; vedi fasc. 44.

CASTEL S. NICOLÒ (*Arezzo*). — Scad. 30 nov.; L. 9000 e 4 quadrienni dec.; L. 3000 cav.; c.-v. L. 840; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CATANZARO. *Amministr. Provinc.* — Direttore e assistente dell'Osped. Psichiatr. in Girifalco; scad. 15 nov.; v. fasc. 44.

CAVRIGLIA (*Arezzo*). — Scad. 15 nov.; 1ª cond.; L. 9000 e 1 c.-v.; L. 3000 (variab.) cavalc. obblig.

CITTÀ DI CASTELLO (*Umbria*). — Scad. 30 nov.; v. fasc. 44.

CREMONA. *Ospedali Maggiore e Dati.* — Aggiunto riparto medicina. Scad. 15 nov.; vedi fasc. 44

GENOVA. *Ospedale Psichiatrico Provinciale.* — Scad. 10 dic.; vedi fasc. 44.

NOVARA. — Ufficiale sanitario. Scad. 10 dic.; vedi fasc. 44.

ONIFERI (*Nuoro*). — Scad. 12 nov.; L. 10,500, più L. 800 uff. san.; 5 quadr. dec.

POSTUMIA. — Scad. 15 nov.; v. fasc. 44.

REGGELLO (*Firenze*). — A tutto 30 nov.; L. 8500 e 8 trienni dec., c.-v.; L. 2400 (variab.) cavalc. obblig.; ab. 3350; età lim. 25-35 a.; tassa L. 50.15; serv. entro 15 gg. Chiedere ann.

SAVONA. *R. Prefettura.* — Uff. san. e capo dell'Ufficio d'Igiene; scad. 30 nov.; v. fasc. 44.

TIZZANA (*Pistoia*). — Scad. 25 nov.; L. 8500 e 8 trienni dec.; c.-v.; L. 2000 trasp. (variab.). Età lim. 35 a. Tassa L. 50.15.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — 4 medici assistenti; scad. 15 nov.; v. fasc. 44.

VENEZIA. — Scad. 20 nov.; 4 condotte per la città e per la fraz. Zelarino. Rivolgersi segreteria Ufficio d'Igiene.

VICENZA. *Amministraz. Provinciale.* — Direttore del Laboratorio Provinc. d'Igiene e Profilassi Sociale, capo della Sezione batteriologica e medico-micrografica; L. 18,000 elevabili a 27,000 (per effetto di 5 quadrienni dec. con riconoscimento di servizi anter.); L. 2500 serv. att.; ripartizione 25 % introiti annui. Scad. ore 18 del 15 dic. Età lim. 45 a. con varie esenzioni. Docum. a 3 mesi dal 22 ott. Tassa L. 50. Titoli ed esami. Chiedere annunzio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Con decreto 9 settembre del Ministero per la P. I. il prof. Giuseppe Caronia è stato reintegrato nel posto di Direttore della Clinica Pediatrica di Roma.

Dopo lunghi negoziati il prof. Sauerbruch ha lasciato Monaco per Berlino, ove dirigerà la Clinica chirurgica della Charité, quale successore del prof. Hildebrand, che si è ritirato. Una condizione posta per l'accettazione è che il ministro della pubblica istruzione s'impegna a far passare il Sauerbruch alla Clinica del Bier, quando questi si ritirerà, tra due anni, e che verrà costruito un nuovo edifizio per detta clinica.

Il prof. E. H. Ketle è stato chiamato alla cattedra di Patologia al St. Bertholomew's Hospital Medical College di Londra. Egli era professore di patologia e batteriologia a Cardiff.

La dott.sa Cornelia de Lange è nominata professore di pediatria all'Università di Amsterdam. Succede al defunto prof. De Bruin. È la prima donna in Olanda chiamata ad una cattedra universitaria.

NOTIZIE DIVERSE.

L'Ospedale per le malattie infettive in Roma.

Mentre questo numero sta per andare in macchina, ricorrendo il 6° anniversario della Marcia su Roma, viene posta la prima pietra dell'Ospedale per malattie infettive in via Portuense. Ne daremo più ampia notizia nel prossimo numero.

II Congresso nazionale contro la tubercolosi.

Il 23 ottobre a Milano, nella sala del tesoro del Castello Sforzesco, fu solennemente inaugurato il secondo Congresso nazionale indetto dalla Federazione nazionale contro la tubercolosi e organizzato dal Comune di Milano. Hanno parlato l'on. Paolucci e il gr. uff. Sileno Fabbri. Il Podestà di Milano, on. Belloni, ha dato quindi lettura, tra grandi applausi, del seguente messaggio di saluto del Duce:

« Caro camerata e Podestà,

Rechi il mio saluto ai congressisti che si riuniscono a Milano per discutere sul sempre grave problema della tubercolosi. Mentre gli scienziati e i medici affrontano questo problema nei loro laboratori e nelle loro cliniche, la politica del Regime fascista lo ha affrontato con mezzi sempre più vasti e sempre più adeguati al fine. Anche in questo campo Milano, col suo grandioso tubercolosario di Garbagnate, offre una testimonianza di forze e di fede alla intera Nazione. Il Regime fascista in questi cinque anni è riuscito a frenare una ulteriore estensione del flagello, demolendo nelle grandi città i quartieri infetti, costruendo centinaia di migliaia di nuove igieniche abitazioni, allestendo i presidî di difesa della razza. Un altro passo è stato compiuto in questi giorni colla introduzione dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, assicurazione che non esiste in nessun altro paese del mondo. Molto ancora resta da fare. Per questo il Governo terrà nel massimo conto i risultati del Congresso di Milano. — *Mussolini*».

L'oratore ha quindi sintetizzato lo stato attuale della lotta antitubercolare nella provincia di Milano terminando con l'augurarsi che dai lavori del Congresso esca la indicazione della via da

seguire per vincere il terribile flagello. La seduta è terminata con la lettura del seguente telegramma, accolto da scroscianti applausi:

« Eccellenza Mussolini - Roma. — Il secondo Congresso nazionale per la lotta contro la tubercolosi devotamente grato solenne messaggio, inchinasi reverente al Duce che, con assicurazione obbligatoria contro tubercolosi, ha fascisticamente affrontato gravissimo problema difesa nostra stirpe, invano agitato da decenni. Seguiremo tutti disciplinati vostro comando per ulteriore sviluppo opera così elevata patriottismo. — Firmato: Presidente Paolucci».

Degli importanti lavori daremo il resoconto in un prossimo numero.

VII Congresso nazionale di Medicina del Lavoro.

È stato solennemente inaugurato a Parma il 24 ottobre dai proff. Gabbi e Devoto; i lavori, iniziati a Parma, hanno proseguito a Modena e si sono chiusi a Carpi. Ne daremo prossimamente il resoconto.

Sezione Medica al Congresso di navigazione aerea.

Al Congresso di navigazione aerea, tenutosi in questi giorni, interessanti problemi di fisiologia, di patologia e di clinica connessi con l'esercizio dell'aviazione sono stati discussi nella Sezione Medica, sotto la presidenza del col. med. Di Nola.

I Conferenza Latino-americana di Neurologia, Psichiatria e Medicina Legale.

La Società di Neurologia e Psichiatria dell'Argentina ha deciso di convocare la conferenza suddetta nella seconda quindicina di settembre del 1928. All'uopo ha nominato una Commissione organizzatrice, presieduta dal dott. Arturo Ameghino, la quale si è rivolta ai decani di tutte le Facoltà mediche dell'America latina, sollecitandoli a costituire delle Commissioni locali composte dei titolari delle tre specialità e di studiosi similari; ha sollecitato i governi a designare i delegati; ha chiesto l'appoggio morale e materiale della Facoltà medica di Buenos Aires, delle altre Facoltà mediche del Paese e dell'Associazione Medica Argentina. Questa ha messo a disposizione del Comitato i propri locali (Santa Fe 1171) ed ha stanziato una somma per le spese preliminari.

Seconde Giornate Mediche e Veterinarie Marocchine.

Sono indette dal 3 all'8 aprile 1928. Relazione: Auto ed eteroinnesti nell'uomo e negli animali e in particolare innesti glandolari (relatori: Leriche, Dartigue, Monod, Velu, Malozet). Conferenze: Vaccinazione antitubercolare con B. C. G. (oratore: Calmette); Anatossine (Ramon); Chirurgia duodenale e vescicolare (Lardennois); Mesoencefaliti e loro sequele (Cruchet); Affezioni da virus filtrabili e loro terapia con sieri di soggetti guariti (Vallée); Diagnosi e terapia delle splenomegalie tropicali (Cantonini); Eziologia delle splenomegalie tropicali (Nanta); Igiene di una grande città moderna (Renault); Gastroenterosi dell'infanzia (oratore non ancora designato). Verranno organizzati un circuito turistico, un'escursione all'Atlante, al Mazagan, ecc. con grande caccia, slonghis, diffa sotto la tenda e feste arabe. Sono accordate riduzioni di viaggio e di soggiorno. La quota è di 50 franchi per membri aderenti e associati che non risiedano al Marocco. Per informazioni: Dr. Lepinay, rue de Marseille, Casablanca (Marocco). Avrà luogo una esposizione di prodotti farmaceutici e igienici, di apparecchi e presidî di chirurgia, radiologia ed elettrologia, di materiale di laboratorio, di arredamenti medico-chirurgici, di libri e riviste; per le informazioni relative rivolgersi all'amministrazione di « Maroc Médical », rue de l'Industrie 53, Casablanca (Marocco).

Congresso Neurologico Americano in Inghilterra.

L'Associazione Neurologica Americana ha tenuto la sua adunanza annua a Londra, in seguito ad invito della Sezione Neurologica della Reale Società di Medicina. Giunsero in comitiva 34 neurologi con le loro famiglie; altri li avevano preceduti. La riunione cominciò con un ricevimento offerto alla Reale Società di Medicina dal presidente sir James Berry e dalla sua signora; seguì una conferenza tenuta dal presidente della Sezione Neurologica, sir James Purves-Stewart, sul « Monte Athos » (la celebre comunità religiosa della Calcidia).

Congresso Polacco di Medicina.

Dal 12 al 16 luglio si è tenuto a Varsavia il Congresso della società polacca di Medicina Interna sotto la presidenza del prof. Orlowski e col concorso di molti medici. Furono svolti i seguenti temi: l'acidosi, dal prof. J. K. Parnas di Leopoli; l'influenza dell'equilibrio acido-basico nella fisiologia e nella patologia e sull'acetone nel diabete, dal dott. A. Oszacki di Cracovia; l'asma bronchiale, dal prof. W. Jezierski di Posnan; l'influenza del sistema nervoso nella patogenesi dell'asma bronchiale, dal prof. H. Lubiènecki di Posnan.

III Congresso della Società Argentina di Patologia Regionale del Nord.

È stato tenuto a Tucuman dal 7 al 10 luglio. Vi furono comunicazioni di C. Nicolle e E. Burnet sui risultati negativi della riproduzione sperimentale della sifilide nel cammello; di Sergent, Parrot, Donatien e Lestiquard sulla profilassi ed immunizzazione preventiva della malaria terzana; di A. Castellani sulla fermentazione simbiotica applicata alla diagnosi dei microrganismi; di E. Escomel sulla leishmaniosi americana; moltissime e interessanti le comunicazioni.

Associazione Ospedaliera Americana.

Ha tenuto l'adunanza annua a Minneapolis dal 10 al 14 ottobre, sotto la presidenza del dott.

R. G. Brodrick. Si è tenuto un « simposio » sui sanatorî per tubercolotici.

In coincidenza con questo convegno se ne sono tenuti altri, come quello dell'Associazione americana dei pedocomi, dell'Associazione americana per la terapia di lavoro, ecc.

Per eventuali informazioni e per gli atti rivolgersi al segretario, Dr. W. H. Walsh, 18-20 East Division Street, Chicago, Ill.

Scuola di Perfezionamento in Clinica pediatrica a Bologna.

I corsi s'iniziano col nuovo anno scolastico; hanno la durata di due anni; gl'insegnamenti sono impartiti dai proff. C. Francioni, B. Nigrisoli, V. Putti, Alzone, P. Caliceti, A. Berette e sono integrati da esercitazioni pratiche e da internati. Il Consiglio dei professori della Scuola ha facoltà di esonerare da un anno i laureati che dimostrino di avere sufficiente preparazione e maturità. Tasse: 1° anno, L. 1600; 2° anno, L. 1675 complessivamente. Chiedere annunzio. Per informazioni rivolgersi al direttore della Scuola prof. Carlo Francioni.

Società Cardiologica Tedesca.

Si è fondata a Nauheim una « Società Tedesca per lo studio delle malattie dell'apparato circolatorio »; terrà la sua prima riunione nel 1928.

Corsi di insegnamento pratico per medici.

È aperta a tutto il 31 dicembre 1927 l'inscrizione ai Corsi di Insegnamento pratico per Medici presso la Direzione Medica dell'Ospedale Maggiore di Milano (via Ospedale, 5).

I corsi di insegnamento pratico avranno inizio il 1° dicembre 1927 e comprenderanno:

a) Lezioni di Anatomia Patologica, di Igiene, Tecnica Ospitaliera e Dietetica obbligatorie per tutti gli iscritti ai corsi (da dicembre a giugno);

b) Lezioni di Medicina Interna e Chirurgia Generale (da dicembre a giugno);

c) Esercitazioni pratiche giornaliere (ore 8-10, 15-16.30 dal 1° dicembre al 30 ottobre 1928), di Medicina Interna (divisioni 7), di Chirurgia Generale (divisioni 7) nelle Divisioni Ospitaliere, alle quali gli iscritti saranno assegnati in numero non superiore a 10 per ogni divisione e ciò perchè possano veramente addestrarsi nell'esercizio pratico della professione;

d) Corsi brevi di Tecniche Diagnostiche e Terapeutiche (aprile-maggio).

Per l'iscrizione ai corsi annuali ed alle esercitazioni pratiche in una Divisione o di Medicina o di Chirurgia coll'obbligo di frequentare rispettivamente tutti i corsi di lezioni della branca nella quale sono iscritti, oltre i corsi di cui la lettera *a*) o soltanto per la frequenza ed esercitazioni nelle altre divisioni di specialità non comprese nell'elenco di cui retro la tassa è di L. 100.

Per i corsi brevi di tecniche diagnostiche e terapeutiche, sarà ammessa l'iscrizione anche a singoli di essi, corrispondendo L. 50 per ogni corso.

Alla fine dei singoli corsi, a quelli che li avranno frequentato diligentemente e con profitto, sarà rilasciato uno speciale attestato.

Agli studenti degli ultimi anni della Facoltà di Medicina e Chirurgia, a seconda delle norme regolamentari ospitaliere vigenti, è concessa la iscrizione, senza il pagamento di alcuna quota. In seguito agli accordi con la Facoltà di Medicina i corsi tenuti da insegnanti liberi docenti hanno valore di corsi liberi agli effetti universitari.

Chiedere i programmi.

Per l'assistenza igienico-sanitaria alle masse lavoratrici.

La Confederazione Generale Fascista dell'Industria Italiana comunica:

« Sino ad ora l'adempimento degli obblighi sanitari che la legge sugli infortuni sul lavoro attribuisce ai datori di lavoro industriali, e l'assistenza igienico-sanitaria in genere alle masse lavoratrici, erano stati oggetto di esecuzione diretta per parte delle singole ditte nell'orbita della loro possibilità, o devolute ad un ente privato « La Vigile », che in 25 anni di lavoro aveva raccolto presso di sè parecchie migliaia di ditte ed aveva fondato e gerito nei maggiori centri industriali, delle provvidenze sanitarie specializzate, ottenendone risultati sociali sodisfacenti, per quanto necessariamente limitati.

Nell'intento di unificare tutte le forze dell'industria a questo altissimo scopo assistenziale, e sopratutto per dare a quello che oggi è soltanto istituto privato un diverso carattere, un maggiore impulso, una più ampia sfera d'azione ed una intima adesione all'organizzazione sindacale, la Confederazione Generale Fascista dell'Industria ha rilevato l'organizzazione di detto Istituto, e si propone di portare queste provvidenze sanitarie specializzate nelle regioni d'Italia che ne sono prive, di renderle ovunque più efficienti, di intensificare i presidi tecnici, portando così l'organizzazione assistenziale al massimo grado; sicura in tal modo di interpretare e di spingere — in ossequio alle direttive del Governo Nazionale — la fattiva volontà degli industriali che vogliono la maggiore efficienza fisica dei loro operai unita alla massima produttività per il benessere loro e della Nazione.

A direttore generale del nuovo Istituto è stato confermato il comm. dott. G. A. Vigliani ».

Posti gratuiti in Sanatori per orfani di guerra, tubercolotici.

Presso i Sanatorî Umberto I dei RR. Spedali Riuniti di Livorno e quello Provinciale di Pontono (Verona), sono vacanti posti gratuiti per orfani di guerra d'ambo i sessi, dai 7 ai 12 anni, affetti da tubercolosi polmonare forme chiuse, o a questa malattia gravemente predisposti, per grave deperimento organico, sofferte pleuriti, ecc. Il ricovero degli orfani di guerra viene disposto presso apposite Colonie annesse ai predetti Sanatorî, presso le quali numerosi fanciulli otten-

nero la guarigione clinica od il massimo miglioramento della cura.

Le domande devono essere dirette al Comitato Provinciale degli Orfani di guerra a cura dei Podestà o degli Ufficiali Sanitari, verso la presentazione anche di un dettagliato rapporto medico, indicante la natura delle lesioni polmonari, con le notizie riguardanti il corso della malattia, l'inizio, se vi esiste tosse, esito, l'esame dell'espettorato e temperatura.

L'attività dell'Opera Nazionale per la protezione maternità e infanzia.

Nel primo semestre dell'anno in corso (1° gennaio-30 giugno) l'attività di quest'Opera, può essere così riassunta:

Sovvenzioni ad istituti, aventi per fine la protezione maternità e infanzia, 3,339,000 lire; Somme erogate per Colonie estive, L. 6,509,795; Colonie sussidiate, 382; Bambini inviati alle colonie marine, montane e campestri o campi solari in Italia, 300,000 circa; Istituti ispezionati, di cui 36 trovati ottimi, 92 buoni, 48 discreti, 91 mediocri, 82 cattivi, 18 pessimi, totale 367; Ricoveri ed assistenze dirette (lattanti) 86, predisposti 191, orfani abbandonati 760, anormali 93; Sussidi a famiglie (134) L. 12.640. Abbonati al bollettino per cambi 184, corsi di puericultura istituiti per medici 12, con 420 iscritti, per levatrici 12, con 320 iscritte, per medici condotti (accelerati) 18 con iscrizioni tuttora aperte; cattedre ambulanti di puericultura 6, consultori per cattedre ambulanti nel Lazio 20.

Una generosa offerta all'O. N. M. I.

L'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia comunica:

Ricorrendo il quarto anniversario della morte del loro figlio, i genitori, che vogliono conservare il più rigoroso anonimo, hanno offerto all'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia L. 100,000 (centomila) di capitale nominale di Consolidato 5 per cento.

La Croce Rossa Americana.

Il Comitato Centrale della Croce Rossa Italiana comunica:

Non appena diffusa la notizia del grave disastro che colpiva la nostra marina mercantile, la Croce Rossa Italiana ha ricevuto da parte della consorella americana il seguente telegramma: « Esprimiamo la nostra più profonda simpatia per la perdita delle vite e del piroscafo *Mafalda* ».

Il simpatico gesto della C. R. americana ha un valore di sincerità e di cordialità che merita di essere rilevato e ricordato.

Il R. Commissario, nel ringraziare, ha telegrafato al Delegato generale della Croce Rossa Italiana al Brasile perchè si metta a disposizione della nostra rappresentanza diplomatica per l'organizzazione dei soccorsi ai naufraghi.

Scuola di perfezionamento in Odontoiatria e protesi dentaria presso la R. Università di Bologna.

Sono aperte le iscrizioni per l'anno scolastico 1927-28 ai corsi di perfezionamento di odontoiatria e protesi dentaria per i laureati in medicina e chirurgia.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione dei documenti e nel versamento delle tasse.

Per programmi ed informazioni rivolgersi presso la Segreteria della Scuola, via S. Vitale, 59, Bologna (13).

Il numero dei medici laureatisi in Germania nell'anno 1925-26.

Dall'ottobre 1925 a tutto settembre 1926, si sono laureati in Germania 2067 medici, di cui 254 donne e 151 dentisti, di cui 24 donne. Nello stesso periodo di tempo del 1924-25, le cifre furono rispettivamente di 2433 medici (313 donne) e 276 dentisti (36 donne).

Il nuovo Istituto di igiene di Budapest.

È stato inaugurato il 30 settembre u. s. Per l'erezione ha contribuito la Fondazione Rockfeller con 200,000 dollari, il Governo Ungherese con 20 mila. La città di Budapest ha donato il terreno.

CAMILLO NEGRO.

Era riuscito — appena ora — a veder coronati i suoi studi ed i meriti che aveva, moltissimi e grandi, con quanto aveva costituito il desiderio e lo sforzo di tutta la sua vita. Professore di Neuropatologia all'Università di Torino, in seguito a concorso, fin dal 1910, dopo aver dovuto impartire l'insegnamento con mille difficoltà, e nei luoghi più diversi: Policlinico Generale, Ospedale Militare Principale, Aula di Clinica Medica, Aula di Patologia Speciale Chirurgica, l'anno scorso aveva ottenuto un certo numero di ammalati a degenza all'Ospedale di S. Giovanni, e qualche locale per l'ambulatorio — sperando potervi trasportare laboratorio e biblioteca, che, ancora attualmente, avevano altra sede. Ed era felice nel pensare che l'insegnamento da lui creato in questa Università avrebbe avuto locali e dotazioni nelle nuove Cliniche, di prossima costruzione.

Proprio ora venne a mancare — Lui, così forte, così giovanile di corpo e di spirito fino a qualche mese addietro!

Non è possibile contenere nel poco spazio che mi è messo a disposizione l'elogio suo, come uomo, come medico e come studioso.

Egli era affezionatissimo alla sua famiglia ed agli amici. Era riconoscente in modo quasi eccessivo per tutte le cortesie che gli si fossero usate. Era alieno da qualsiasi occupazione che

non si riferisse allo studio di ammalati o di questioni neurologiche. Aborriva da quanto è manifestazione esteriore; non volle mai cariche pubbliche; non si occupò di politica, quantunque, per convinzione, fosse iscritto al Partito fascista.

Cogli ammalati era di una dolcezza, e li sapeva persuadere in modo tale, che li affascinava. Nessuno ha lasciato tanta riconoscenza dietro di sè, come ha avuto CAMILLO NEGRO dai pazienti, innumerevoli, che ha curato.

Studioso in tutta la sua vita, da quando incominciò a frequentare le scuole, fino a che la malattia non gli permise più alcuna occupazione, passava abitualmente parecchie ore della notte a leggere pubblicazioni e riviste neurologiche, ed a scrivere considerazioni sugli ammalati visti nella giornata, o sulle ricerche fatte. Le sue pubblicazioni in numero superiore alle 150, sono, all'infuori delle prime, nel campo della Clinica delle Malattie Nervose: trattino esse questioni cliniche nel vero senso della parola, o siano attinenti a problemi fisio-patologici. Era un Semiologo insigne — apprezzatissimo dagli autori tedeschi e specialmente dai francesi: con Babinski, con Mme Dejerine-Klumpke, con Pierre Marie, e con tutti i neurologi della scuola francese, era in grande familiarità — ed a Parigi ebbe replicate volte successi brillanti facendo, in occasione di Congressi, comunicazioni sui fenomeni da lui visti per il primo, e che hanno assunto una grande importanza nella semiologia delle malattie nervose: quali, ad es. (e portano il suo nome) il fenomeno oculo-palpebrale ipercinetico, la sindrome oculare simpatico-degenerativa, il fenomeno della troclea dentata, le miastenie di origine nervosa periferica, il riflesso rotuleo mediano, ecc. ecc.

Era adorato dagli studenti — faceva lezione in modo meraviglioso — sia per il modo con cui sapeva presentare le questioni, anche le più difficili, in iscuola — e sia anche per la sua naturale eloquenza, non affatto studiata, e perciò sempre uguale ed avvincente.

Pochi come Lui furono accompagnati alla tomba con tanto dolore e con simile rimpianto. È stato un uomo che ha fatto progredire la scienza, che non ha mai peccato per superbia, e che si è fatto amare. Ha onorato la Medicina, ed in particolar modo la Neurologia Italiana.

Torino, 27 ottobre 1927.

GIUSEPPE ROASENDA.

Ancor giovane è venuto a mancare il dottor ALFREDO MARTINELLI. Fu uno dei colleghi più in vista del movimento medico corporativistico. Per varî anni presidente della potente Associazione Nazionale Medici Condotti, difese con impegno e competenza l'assicurazione obbligatoria contro le malattie; ma non essendo riuscito a far accettare il suo progetto, abbandonò il posto di battaglia: ora quella forma d'assicurazione — attuata in quasi tutti i Paesi civili — viene dalla sagace volontà del Regime annunziata di prossima attuazione, mentre viene avviata quella contro la tubercolosi.

Il Martinelli fu membro del Consiglio Superiore di Sanità e del Consiglio di Sanità della provincia di Sondrio, presidente dell'Ordine dei medici della stessa provincia e coprì altre cariche; ma le sue cure più assidue erano rivolte alla modesta condotta e al piccolo ospedale di Tirano.

Di correttezza e di coscienziosità impareggiabili, di attività senza tregua, colto, studioso, valente professionista, lascia un ricordo incancellabile e un esempio.

P.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tip.-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

ANNO XXXIV | Roma, 14 Novembre 1927 | Fasc. 46

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

La diagnosi sierologica del puerperio in medicina legale.

Parte originale-sperimentale.

Dott. CARLO LIPPERA - Fano (Pesaro).

Tutti i mezzi che oggi la medicina legale ha a sua disposizione per indagare, sia allo stato di vita che a quello di morte, sul fenomeno della gravidanza, fanno scaturire un giudizio sicuro sulla ipotesi fattasi allorchè gli opportuni esami sono eseguiti durante la gravidanza o subito dopo, ma non ci rivelano dopo un tempo più o meno lungo se la gravidanza si è verificata. Nel caso poi che la gravidanza fosse stata interrotta da aborto nei primissimi tempi, l'accertamento è quasi impossibile. Quindi l'utilità e la necessità di possedere dei mezzi di indagine sicura per non incorrere in conseguenze gravissime morali e materiali derivanti appunto dalla applicazione delle disposizioni legislative penali e civili.

Il dott. Boldrini, in due comunicazioni fatte alla Società di Medicina Legale di Roma, riferisce un piano di ricerche e i primi risultati sperimentali basati sulle dottrine immunitarie, tenendo presente che la produzione di agglutinine che agiscono da anticorpi, non è legata solo all'eccitamento prodotto da albumina eterogenea, ma (e di qui la base della reazione di Abderhalden per la gravidanza o per la diagnosi di tumori) dall'eccezionale introduzione in circolo di sostanze albuminoidi normalmente non circolanti.

Partendo da questo concetto il dottor Boldrini basa il principio delle reazioni che propone per la diagnosi dell'avvenuto parto.

Con l'inizio del puerperio la donna viene ad avere una nuova secrezione: quella del latte; partendo dal principio che questo secreto in parte viene riassorbito, bisogna giungere conseguentemente ad ammettere che questo nuovo elemento (proteina) messo in circolo, sia un elemento estraneo (eteroproteina) e quindi possa produrre nel sangue agglutinine specifiche adattate a questo nuovo secreto. Queste agglutinine rappresenterebbero quindi le armi di difesa di cui si vale l'organismo per liberarsi delle sostanze eterogenee.

Bordet, occupandosi del fenomeno dell'agglutinazione, estese di molto il campo delle sue ricerche e vide che, iniettando sufficienti proporzioni di latte in un animale, il siero di questo diveniva capace di agglutinare i globuli di caseina.

Un fatto analogo, se il latte è riassorbito dalla mammella dove esso era raccolto, dovrebbe per

conseguenza verificarsi nella donna che ha partorito.

Tecnica della reazione. — Tra i diversi metodi eseguiti per mettere in evidenza il fenomeno dell'agglutinazione, quello che ha dato, sotto tutti i punti di vista i migliori risultati, è il seguente: in una provetta con 20 cmc. di soluzione fisiologica si aggiungono 15 gocce Pasteur di latte di puerpera filtrato prima alla carta e si ha in tal modo una determinata emulsione di latte. Si tiene pronto quindi del siero di sangue di puerpera limpidissimo. Prese sei provettine, nella prima si pone una goccia Pasteur di siero puro di sangue di puerpera e si aggiunge a questa un cmc. della emulsione di latte sopracitata (soluzione 1:20), nella seconda provettina ad una goccia dello stesso siero si aggiungono due cmc. di latte (soluzione 1:40). In un secondo tempo si prende del siero di puerpera, si diluisce in parti uguali di soluzione fisiologica (0,1 più 0,1 di soluzione fisiologica = 1:2), una goccia della diluizione si pone nella terza provettina ed a questa si aggiunge un cmc. di emulsione di latte (soluzione 1:40). Nella quarta provettina, a contatto di una goccia Pasteur della stessa soluzione di siero, si mettono due cmc. di emulsione di latte (soluzione 1:80).

Infine si fa un'altra diluizione del siero di sangue (0,1 siero più 0,4 soluzione fisiologica = 1:5) e una goccia di detta soluzione si aggiunge ad un cmc. di emulsione lattea posta nella quinta provetta (soluzione 1:100). Nella sesta provettina si mettono a contatto una goccia Pasteur di siero della diluizione ultima e due cmc. della solita emulsione (soluzione 1:200).

Veniamo quindi ad avere in ogni provettina una concentrazione a mano a mano meno intensa di siero di sangue in emulsione di globuli di latte.

Queste diluizioni sono: 1:20-1:40-1:80-1:100-1:200.

Il tutto quindi, dopo aver messo uno strato di toluolo sulle provettine per evitare una eccessiva evaporazione e l'inquinamento, si pone in termostato a 37° e dopo un tempo variabile da pochi minuti fino a 5-6 ore, si scorge il fenomeno dell'agglutinazione in tutte le diluizioni. Anche l'esame a goccia pendente ha fornito risultati soddisfacenti: una goccia di latte di puerpera diluita con un'altra goccia di soluzione fisiologica e messa a contatto con una goccia di siero di sangue di puerpera, osservata a piccolo ingrandimento, dà il fenomeno dell'agglutinazione, reso più visibile dopo poco tempo. Contemporaneamente, ed eseguendo lo stesso metodo, sono state fatte pure delle prove di controllo tanto per la reazione macroscopica che per la microscopica e servendosi della stessa emulsione di latte di puerpera e di siero di sangue di uomo o di donna lontana dalla gravidanza e dal puerperio.

CONCLUSIONI.

Dalla casistica, che non espongo dettagliatamente per brevità di spazio, si rileva chiaramente che il principio espresso dal dottor Boldrini è stato confermato e avvalorato dalle prove sperimentali. Raggiunto questo fine, che del resto è il punto fondamentale della trattazione, due altri problemi si sono affacciati: 1) Lo stabilire fino a quale epoca dopo il parto il siero della donna possiede le proprietà agglutinanti per il latte umano, punto di somma importanza dal lato medico legale. 2) L'accertarsi a quale epoca della gravidanza lo stesso fenomeno compare e si mette in evidenza. Il primo problema non è stato completamente risolto perchè non abbiamo potuto disporre come soggetti di esperimenti che di donne rimaste sotto la nostra osservazione poco tempo dopo l'avvenuto parto; ad ogni modo ci fu possibile avere del siero di tre donne che avevano partorito da mesi: in due donne che avevano partorito, una da quattro mesi e mezzo, l'altra da undici, la reazione risultò positiva, in un'altra lontana di venticinque mesi e mezzo dalla gravidanza, il fenomeno riuscì negativo. Anche per la soluzione del secondo problema le difficoltà di disporre di soggetti indicati furono parecchie: la reazione si è dimostrata positiva col siero di sangue di donna che ebbe un feto macerato al settimo mese e col siero di un'altra donna in gravidanza all'ottavo mese; riuscì negativa in donna in cui il turgore delle mammelle era lievissimo, la secrezione lattea mancava e che diede un feto prematuro.

L'importante sta nel fatto che tutte le nostre esperienze, ad eccezione di due casi, sono riuscite positive col siero di sangue di donne che avevano partorito da pochi giorni fino a 11 mesi e ciò conferma il principio che nel sangue di donne vicine al parto esistono delle agglutinine che agiscono sulle albumine del latte umano.

Anche l'esame a goccia pendente è stato concorde nel dimostrare il fenomeno.

Parecchie sono state le prove di controllo fatte con siero di donne che non avevano partorito e di uomini.

Perciò, sebbene il numero delle esperienze sia limitato, si può affermare che la reazione è caratteristica dello stato di puerperio specialmente ed è specifica. Dal punto di vista medico legale l'utilità pratica della reazione nella gravidanza è limitatissima. La gravidanza è difficile a diagnosticare nelle primissime epoche, ma col tempo

si rende più facile finche evidentissima. Il puerperio invece, facile ad accertarsi nei primi giorni, si rende sempre più difficile ed infine impossibile col passar del tempo.

Quindi è necessario convergere tutti gli sforzi per poter ottenere dei mezzi che ci indichino con certezza lo stato più o meno recente del puerperio, dato che in questo campo pochissimi hanno portato il loro contributo. E questo è stato il nostro fine.

Le esperienze eseguite, sebbene limitate, ci fanno sperare che le osservazioni fatte da altri confermeranno i nostri risultati e che quindi la reazione, per la diagnosi dell'avvenuto parto, possa entrare nel campo della diagnostica pratica.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI ROMA
REPARTO DERMOCELTICO.

Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio della così detta " Cutis verticis gyrata ,,.

per il dott. RAFFAELE CARLUCCI, maggiore medico.

Ritengo di non fare cosa superflua, aggiungendo agli altri finora descritti, un nuovo caso di quella strana e curiosa alterazione del cuoio capelluto che Unna descrisse con il nome di *Cutis verticis gyrata* e alla quale Audry e Calle dettero rispettivamente il nome di *Pachydermie vorticillée du cuir chevelu* e *Cuir chevelu encephaloide*.

L'alterazione consiste, come è noto, nel fatto che la superficie del cuoio capelluto perde la sua regolarità pianeggiante e si presenta invece bernoccoluta.

I bernoccoli variano dalla grandezza di un cece a quella di una grossa mandorla e mentre alcuni si presentano di forma irregolarmente circolare altri sono di forma irregolarmente ovoidale.

Sono divisi da solchi in senso verticale e orizzontale, in modo da dare alla superficie del cuoio capelluto l'aspetto delle circonvoluzioni cerebrali.

Tanto i bernoccoli che i solchi possono essere coperti regolarmente dai capelli e non presentano alcuna alterazione nel colorito, in tutto simile a quello delle superficie vicine non alterate.

Descrivo brevemente il caso capitato alla mia osservazione nel dicembre del 1925.

S. C., di Niccodemo, da Gioia Tauro, soldato della classe 1905. Anamnesi famigliare e personale remota negativa. Non bevitore, nè fumatore. Non si è mai contagiato di malattie veneree nè di sifilide. Non ricorda d'aver sofferto malattie cutanee. Ricorda però che fin dall'età di 8-9 anni ha notato sul cuoio capelluto, nella regione parietale sinistra, delle intumescenze, che poi gradatamente si sono diffuse alla regione occipitale. Passando la mano fra i capelli aveva l'impressione di una superficie non più pianeggiante, ma irregolare con delle salienze e degli avvallamenti. Non ha mai avuto alcuna sensazione di prurito nè di dolore. Aggiunge d'aver saputo dai familiari che tale alterazione si era iniziata alcuni anni prima, senza però poter precisare da quale epoca.



Fig 1.

È stato costretto a portare i capelli lunghi in modo da nascondere agli altri la propria imperfezione.

È soggetto di buona costituzione organica, sufficientemente nutrito, con colorito bruno della cute.

Negativo l'esame dei vari organi ed apparati. All'esame neurologico nulla di apprezzabile. Psichicamente si rilevano note di intelligenza al di sotto della comune.

Sistema glandolare in ordine. In corrispondenza della regione occipitale e della regione parietale sinistra il cuoio capelluto non si presenta pianeggiante, come viceversa lo è nelle altre zone, ma bernoccoluto. Le protuberanze, di grandezza varia, di forma per lo più allungata, meno qual-

cuna tondeggiante, sono di consistenza molle elastica e sono divise l'una dall'altra da solchi diretti in senso verticale e orizzontale, sì da avere l'impressione di trovarsi di fronte a delle circonvoluzioni cerebrali. Il colorito è bruno e tale è anche nelle parti vicine, non prese dall'alterazione descritta. Lo sviluppo dei capelli, neri, lisci, duri, è normale. Ho notato però che su qualche protuberanza esistono dei capelli bianchi e sottili, ciò che non si osserva nelle zone non alterate. L'intero cuoio capelluto è mobile sul sottostante piano osseo, che si percepisce perfettamente liscio. Con la pressione non si risveglia alcun dolore. Durante la permanenza del soggetto in esame nell'ospedale ho potuto notare l'insorgenza di una piccola protuberanza nella regione temporale sinistra, completamente separata dalle altre e avente i medesimi caratteri già descritti.

L'esame dell'urina non ha rilevato nulla di patologico.

L'esame del sangue ha dato il seguente risultato: globuli rossi 4.400.000; globuli bianchi 7200; emoglobina 98 %; neutrofili 56 %; linfociti 21 %; mononucleati 18 %; eosinofili 3 %; basofili 1 %; forme di passaggio 1 %.

Cutireazione alla tubercolina, reazione Wassermann, prove farmaco-dinamiche negative.

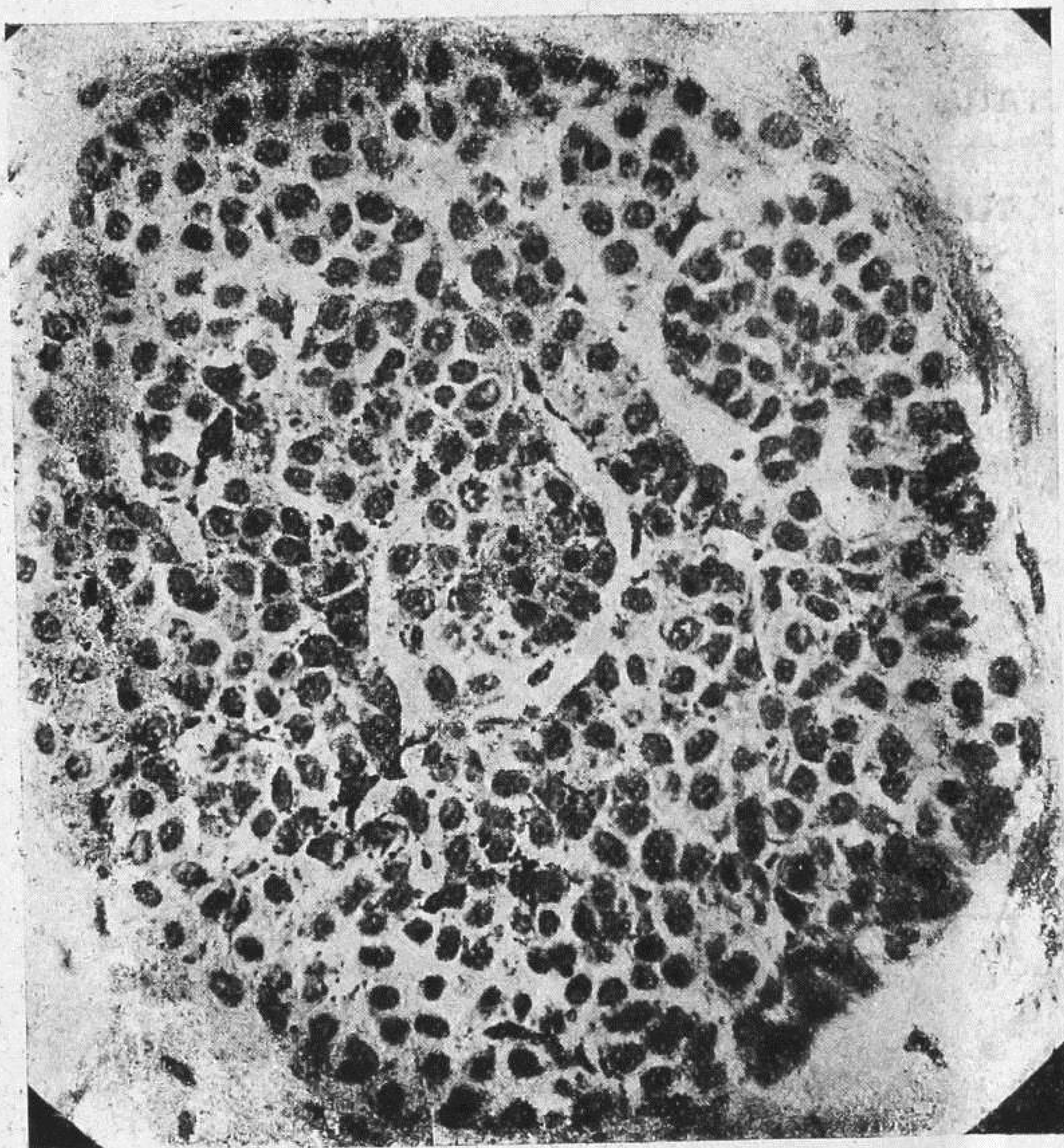


Fig. 2.

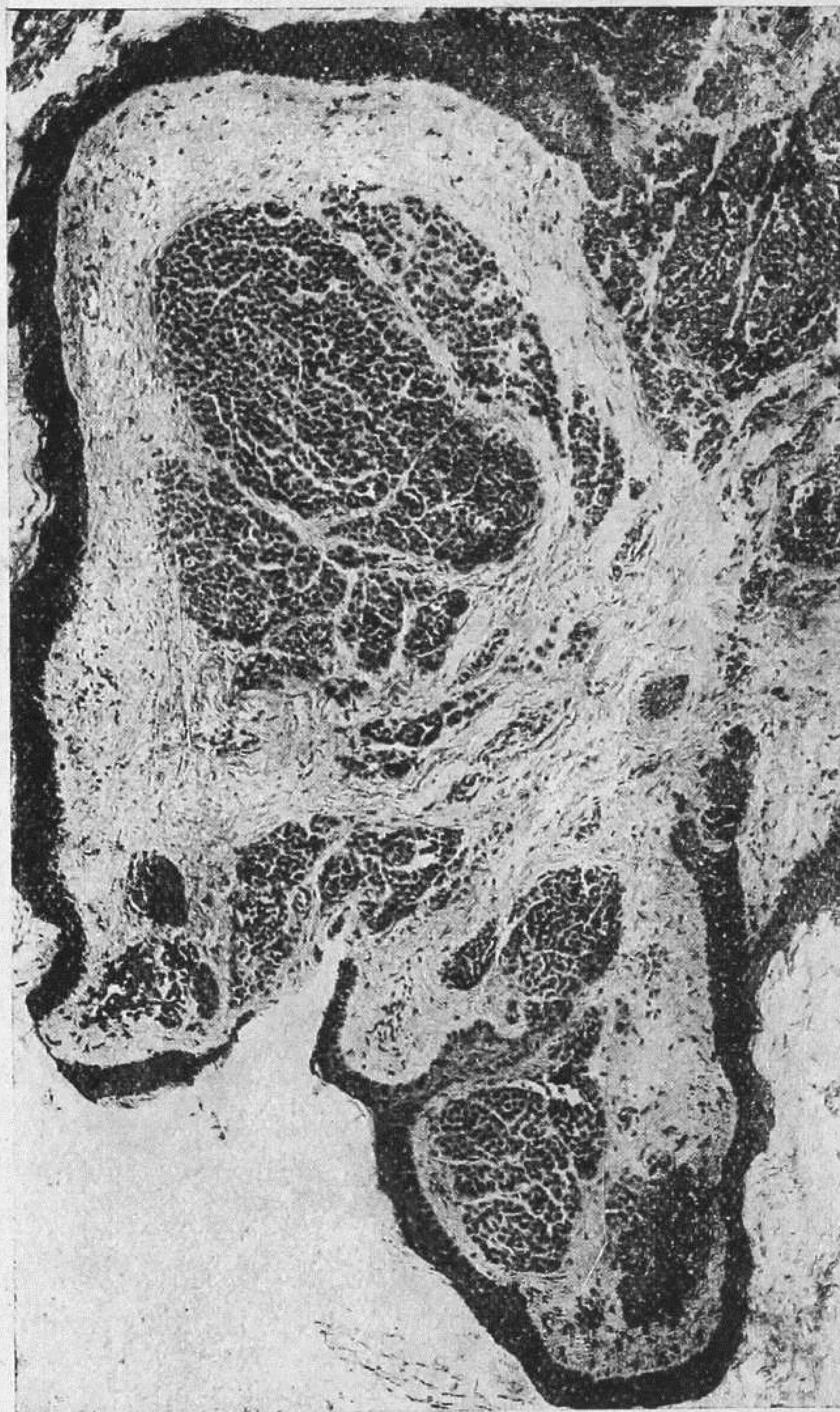


Fig. 3.

Reperto istologico: eseguita una biopsia in modo da comprendere solco ed intumescenza, il pezzo, dopo adatto indurimento in alcool, è stato incluso in paraffina. Eseguite le sezioni, queste sono state colorate con vari metodi: ematossilina-eosina, Van Gieson, Unna-Pappheneim e con orceina acida.

Osservando i preparati a piccolo ingrandimento si osserva subito una notevole differenza fra i punti comprendenti il solco e quelli comprendenti la protuberanza. In corrispondenza di questa la epidermide si presenta assottigliata, mentre in corrispondenza dei solchi si nota accumulo notevolissimo di lamelle cornee sulla superficie dell'epidermide.

Lo strato lucido di Oehl è ben visibile solo in alcuni tratti. Le cellule granulose invece appaiono ben distinte e con le loro comuni caratteristiche. Notevole è l'accumulo di pigmento negli epiteli cromatofori. Non si notano segni di proliferazione nel corpo mucoso del Malpighi e dello strato basale. Le papille del derma sono notevolmente sviluppate e allargate, specie alla base, per accumuli di cellule di varia forma, rotondeggianti, cilindriche, coniche, le quali si estendono in alcuni tratti fin negli strati più profondi dell'epidermide senza invaderli. In questi tratti si osserva il massimo accumulo di epiteli cromatofori.

Le fibre connettivali del derma papillare appaiono anche compresse e omogeneizzate. Solo pochi elementi cellulari si rinvengono e fra essi cromatofori connettivali.

Il derma reticolare è anch'esso invaso dalle formazioni nodulari descritte per larghe estensioni e così pure un certo tratto della tonaca propria.

Rivolgendo l'attenzione sulle neoformazioni si osservano nei più piccoli accumuli, che presumibilmente sono i più giovani, elementi cromatofori alla periferia e nel centro delle formazioni stesse. Il pigmento è all'apparenza libero fra gli elementi cellulari, che, sembra, occupino fessure linfatiche del derma.

Si rinvengono anche nell'accumulo cellule nettamente fusate pigmentate. La massima parte degli elementi è costituita da cellule con nucleo rotondo, ricco di cromatina in alcune, povero di cromatina in altre. Citoplasma scarso. Procedendo all'esame di altre papille della pelle invasa si notano nettamente gli accumuli cellulari disposti a mantello intorno ai vasi linfatici. Cromatofori si rinvengono in minor numero in detti accumuli.

Il connettivo che circonda tali accumuli non presenta infiltrati cellulari infiammatori, nè altre modificazioni, eccetto edema che si rivela dalla dissociazione delle fibre del connettivo stesso. Non esiste nodulo, per quanto esso sia profondo, che non dimostri cellule cromatofore del tipo connettivale. Non si notano figure di cariocinesi. I follicoli piliferi non presentano alterazioni degne di nota. Attorno ai vasi sanguigni si trovano accumuli di elementi del tipo già descritto. In qualche tratto dove l'epidermide è ridotto a sottile strato, le liste degli elementi costituenti la neoformazione sono molto accumulate nel senso della superficie e mostrano fra le cellule solo pochissimi granuli.

Il reperto istologico è stato gentilmente controllato dall'esimio professore Dionisi, Direttore dell'Istituto di istologia e anatomia patologica di Roma, al quale rivolgo vivissime parole di ringraziamento.

Dalle indagini cliniche e dall'esame istologico si può senz'altro nel caso da me descritto escludere qualsiasi forma infiammatoria e concludere invece per un'alterazione di origine nevica. Si sa che di questa alterazione si considera come matrice in primo luogo il tessuto che forma la melanina. La maggiore estensione di questa matrice è nella pelle, nell'occhio e nel tessuto nervoso centrale. Raramente i melanomi si sviluppano anche in organi mesodermali ed endodermali. In tali casi il punto di origine è da cercarsi nelle cellule pigmentate, le quali sono unite al tessuto nervoso del corrispondente organo, come per esempio alla parte del simpatico delle capsule surrenali.

I melanomi sono tumori grigio fumo, bruni, profondamente neri talvolta, che per lo più appaiono nella forma immatura o maligna. Benigni sono i casi detti nevi pigmentati, che si trovano innanzi tutto nella pelle. Tutti i passaggi si trovano da una semplice iperpigmentazione locale fino a rilevatezze piane o bernoccolute e a più grose formazioni blastomatose di colore bruno fino al nero (nevi piani, prominenti, verrucosi, papillari).

Questi nevi sono più malformazioni locali che puri tumori. Però si sviluppano da essi melanomi maligni, per riconoscere i quali è necessario conoscere la sruttura del nevo pigmentato.

Nella pelle il pigmento giace in parte nelle cellule dell'epidermide, strato germinativo, in parte nelle cellule ramificate del corion. Nelle cellule epidermiche esso è finemente granuloso e giace a forma di cappa intorno al nucleo nella superficie che corrisponde all'azione della luce. Le cellule del corion pigmentate dimostrano un pigmento granuloso diffuso nel protoplasma ed accumulato nei prolungamenti delle cellule stesse.

Dove venga formato primitivamente il pigmento, se nelle cellule epidermiche o in quelle ramificate del corion, è quistione ancora dibattuta.

Nei nevi materni bruni e neri questo sistema di cromatofori, siano essi di origine epiteliale o connettivale, subisce notevoli modificazioni, in quanto che a debole ingrandimento già si riconoscono parti pigmentate brunastre dell'epidermide ed anche eccessivo accumulo di pigmento delle cellule del corion, specie del corion papillare.

Tutto il corion è molto ricco di cellule, in parte sparse e in parte costituenti accumuli, i quali a loro volta sono in parte pigmentati e in parte senza pigmento.

Le cellule senza pigmento possono essere anche interpretate come forme giovani delle cellule pigmentate.

Dallo studio dei casi di *cutis verticis gyrata* finora pubblicati risulta una profonda divergenza fra i vari autori, non solo nella determinazione della etiologia, ma anche nella descrizione delle alterazioni istologiche e nel decorso clinico. Gli autori sono concordi solo nella descrizione dell'aspetto dell'alterazione del cuoio capelluto rassomigliante a circonvoluzioni cerebrali.

Mentre per alcuni la *cutis verticis gyrata* è una malconformazione di origine nevica, per altri invece rappresenta il risultato di una infiammazione cronica.

Tali giudizi sono suffragati dall'esame dei reperti istologici, dai quali evidentemente si rileva che mentre in alcuni casi si può parlare di malconformazione di origine nevica, in altri invece è fuori di dubbio l'origine infiammatoria.

Il primo a descrivere questa alterazione è stato Jadasshon il quale nel 1906 nel IX Congresso della società dermatologica tedesca a Berna riferì su

tre casi osservati, nei quali l'alterazione non era stata preceduta da alcun sintomo importante. Pur non avendo studiato l'alterazione dal lato istologico, la interpretò come malformazione di origine nevica.

Al medesimo congresso Waelsch riferì d'aver osservato casi simili e di non aver riscontrato all'esame istologico, praticato in qualcuno, alterazioni tali da richiamare e fermare la sua attenzione. Nel 1907 Unna pubblicò tre casi ed attribuì l'alterazione ad una sproporzione fra le dimensioni del cranio e la pelle divenuta esuberante per iperplasia dei suoi elementi. Ammise che l'alterazione si dovesse ascrivere a quelle forme neviche che si sviluppano nell'età adulta Nel 1908 Von Verres pubblicò undici casi, di cui solamente due furono suffragati dal reperto istologico, in base al quale ammise come causa etiologica una infiammazione cronica del cuoio capelluto. Nel 1909 Audry riscontrò tale anomalia in un uomo che aveva sofferto di eczema al cuoio capelluto.

Il Bogrow pure nel 1909 descrisse un caso di tale anomalia riscontrata in un individuo che aveva sofferto di eresipela localizzata al capo.

Nel 1910 il Pospelow descrisse tre casi osservati in individui che precedentemente avevano avuto affezioni cutanee localizzate al capo e pensò che l'alterazione si costituisse sopra un'anomalia embrionale in seguito ad influenze patologiche.

Dal caso descritto nel 1910 dal Vignolo -Lutati emerge chiaramente come causa determinante un processo di perifollicolite profonda, avendo constatato attorno ai follicoli piliferi un infiltrato di cellule rotonde epitelioidi e giganti e numerose plasmacellule.

Vörner ritenne l'alterazione come dovuta ad una malconformazione congenita. Il Pasini nel 1912 nella riunione della società italiana di dermatologia e sifilografia riferì su di un caso nel quale aveva riscontrato che le intumescenze erano dovute ad una notevole iperplasia del connettivo con proliferazione dei vasi sanguigni e formazione di piccole zone di infiltrazione cellulare. Nei solchi invece non riscontrò alcuna traccia di infiltrazione flogistica, ne' processi cicatriziali.

Nella stessa riunione Pini riferì su di un caso osservato insieme a Majocchi nel quale fu dato di assistere a delle eruzioni ricorrenti di follicolite.

Opin e Malartic nel 1914 ed il Lenormant nel 1920 pubblicarono dei casi nei quali l'alterazione era chiaramente dovuta ad una malconformazione congenita, avendo constato all'esame istologico caratteristiche cellule neviche.

Sparacio nel 1924 descrisse un caso osservato in una donna affetta contemporaneamente da penfigo diffuso. All'esame istologico riscontrò un lieve stato infiammatorio rappresentato da infiltrati parvicellulari nel corpo papillare e nello stato superficiale del derma. Nessuna alterazione riscontrò a carico dei vasi, delle glandole sudorifere e dei follicoli pilo-subacei.

Pelagatti nel 1925 ha pubblicato un caso osservato in una donna affetta da lesioni leucemiche della pelle.

Istologicamente l'alterazione delle intumescenze era rappresentata da una massa compatta di elementi cellulari a tipo linfocitoide, dalla distruzione quasi completa delle fibre elastiche, dalla scomparsa delle glandole sebacee, sudorifere e dei peli.

Nei solchi invece ha notato mancanza assoluta di infiltrazione cellulare, addensamento delle fibre elastiche e scomparsa dei peli e delle glandole sebacee e sudorifere.

Egli potette assistere ad una successiva graduale riduzione dei solchi ed all'abbassamento graduale delle intumescenze e tale fatto era istologicamente rappresentato dalla quasi scomparsa dell'infiltrato cellulare. Nel 1926 è stato pubblicato in Germania ancora qualche altro caso che non ho avuto l'opportunità di seguire.

Da quanto sopra è stato detto emerge chiaramente che la *cutis verticis gyrata* non può essere annoverata fra le entità cliniche ed anatomo-patologiche ben definite. Essa può essere considerata solo come un'alterazione di aspetto del cuoio capelluto, dovuta però a fatti morbosi diversi.

E neanche esatta è la definizione di *cutis verticis gyrata*, perchè l'alterazione è stata osservata nelle varie regioni craniche e qualche volta si è riscontrata estesa a tutto il cuoio capelluto e quindi come giustamente osserva il Pelagatti sarebbe più appropriato il termine di *cutis capitis gyrata*.

Circa il meccanismo di formazione della speciale configurazione che acquista il cuoio capelluto, sia se dipendente da processi infiammatori, sia se dovuta a forme neviche o ad altre possibili entità etiologiche, sono state emesse varie ipotesi, l'una diversa dalle altre.

Io penso che tale configurazione sia dovuta esclusivamente alla struttura anatomica del cuoio capelluto.

Difatti la superficie profonda di esso aderisce tanto al sottoposto piano muscolo-aponevrotico da autorizzare qualche anatomico come il Merkel a descrivere queste formazioni come una lamina unica distinta col nome di lamina galeo-cutanea. Ciò dipende dai caratteri del connettivo sottocu-

taneo costituito da numerosi e robusti tramezzi fibrosi gittati tra la superficie profonda del derma ed il sottoposto piano muscolo aponevrotico, i quali però mentre rendono aderenti questi due strati, circoscrivono invece degli spazi areolari di varia forma e grandezza in cui si trova più o meno stipato il tessuto adiposo.

Quindi nell'alterazione in esame le intumescenze si costituirebbero a carico della cute soprastante ai detti spazi areolari, mentre i solchi verrebbero a trovarsi in corrispondenza dei robusti ed aderentissimi tramezzi fibrosi.

Concludendo si può affermare che la *cutis verticis gyrata* rappresenta un'alterazione caratteristica del cuoio capelluto dovuta ad entità nosologiche diverse e in particolar modo a reazioni flogistiche di varia natura e a malformazioni di origine nevica, fra le quali ultime va annoverato il caso descritto. La speciale configurazione che assume il cuoio capelluto sotto lo stimolo dei vari agenti pare dovuta alla particolare struttura anatomica della regione, che più di qualsiasi altra ipotesi ne spiega il meccanismo di formazione.

BIBLIOGRAFIA.

ADRIAN e FORSTER. Archiv. fur Dermat. und Syph., 1920.
AUDRY. Annales de Derm. et Syph., 1909.
BORST. *Istologia Patologica*, 1922.
CALLE. Bullettin de la Soc. de Dermat., 1910.
JADASSOHN. Verhandl der deutsch. Dermat. Gesellsch., IX Kongres. Bern, 1906.
LENORMANT. Annales de Dermat ed Syphil., 1920.
MALARTIC e OPIN. Presse médicale, 1914.
PASINI. Giorn. Ital. malattie ven. e della pelle, 1923.
PELAGATTI. Giornale di Clinica medica, 1925.
POSPELOW. Dermat. Centralblatt, 1910.
SPARACIO. Riforma medica, 1924.
UNNA. Monatsch. f. Prakt. Dermat.
VIGNOLO-LUTATI. Archiv. fur Dermat und. Syph., 1910.
VÖRNER. Dermatologische Wochenschrift, 1912.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA COSTITUZIONALE.

Il fattore costituzionale nelle malattie.

(ARTHUR F. HURST. *British Medical Journal*, 7 maggio 1927).

Nella pratica medica ha tanta importanza lo studio della malattia quanto quello dell'uomo. Però durante questi ultimi 25 anni i notevoli progressi nel campo della bacteriologia, della biochimica e della semeiotica fisica hanno portato a una relativa trascuranza del fattore costituzionale; e tutta la questione delle « diatesi » è stata riguardata come poco degna di considerazione da parte del medico. Gli studi importanti sulla costituzione di Laycock e Hutchinson sono stati sfortunatamente quasi dimenticati dalla presente generazione medica. Tuttavia si nota un certo risveglio in questo campo di studi, sia in Europa che in America; in Inghilterra ben poco si è scritto su questo argomento.

L'A. che da molti anni ha condotto una serie di ricerche sulla patogenesi dell'ulcera gastrica e duodenale, sull'anemia Addisoniana e sull'asma è venuto nella convinzione che l'importanza del fattore costituzionale nella etiopatogenesi delle malattie è grandissima, nonostante esso sia stato troppo trascurato. Ciascun individuo possiede un complesso di condizioni particolari anatomiche, fisiologiche, immunitarie e psicologiche, in parte ereditate e in parte acquisite, delle quali alcune sono vantaggiose, mentre altre possono renderlo più predisposto di altri ad ammalare di determinate malattie. Sono precisamente queste ultime condizioni che costituiscono le cosiddette « diatesi »; le quali possono essere definite come la somma di quelle condizioni innate e spesso ereditate, le quali rendono un individuo suscettibile a reagire a stimoli fisici, chimici e psicologici in maniera tale, che ne derivi una condizione morbosa. Una migliore conoscenza della « costituzione » e delle « diatesi » renderà possibile la profilassi di alcune malattie, la diagnosi di altre in uno stadio più precoce di quanto non sia oggi possibile, e di prevenire la recidiva in malattie ricorrenti.

La base anatomica e fisiologica delle diatesi gastriche. Prima della scoperta dei raggi X la diagnosi di dilatazione atonica dello stomaco era comune; oggidì la diagnosi radiologica di ipotonia e ipertonia gastrica è frequente. L'A., invece, pone in rilievo che tanto la prima quanto la seconda di queste condizioni sono rare. Osservazioni accurate, infatti, hanno dimostrato che il

tono dello stomaco alto (cosiddetto « stomaco ipertonico ») non è maggiore di quello dello stomaco di posizione media o di quello abbassato. L'unica spiegazione soddisfacente, per ciò che riguarda la notevole differenza tra il cosiddetto stomaco ipertonico e stomaco abbassato, è di considerare tanto l'una come l'altra condizione quali variazioni anatomiche dello stomaco di lunghezza normale. Vi sono notevoli variazioni della lunghezza dello stomaco; secondo Faber la lunghezza dello stomaco di individui normali varia tra 18 e 84 cm. Sarebbe, per ciò, più proprio parlare semplicemente di « stomaco corto » e « stomaco lungo » e riguardare tanto l'uno che l'altro come variazioni anatomiche normali.

Alterazioni della secrezione gastrica. Per ciò che riguarda la secrezione gastrica, l'ipercloridria era ritenuta come una condizione patologica, ora secondaria ora primitiva dell'ulcera gastrica; anche l'acloridria si pensava fosse sempre patologica e in rapporto a gastrite o a cancro dello stomaco. Le ricerche di Rehfuss e dei suoi allievi insieme a quelle di Bennett e Ryle, hanno messo in evidenza che l'ipercloridria e l'acloridria sono semplici variazioni estreme della secrezione media normale e che si riscontrano rispettivamente nel 10 e nel 4 % di individui che godono buona salute.

Le diatesi gastriche. Campbell e Conybeare hanno dimostrato che lo stomaco corto spesso si associa con l'ipercloridria e si riscontra più comunemente negli individui a tipo iperstenico; in questo caso si parla di « diatesi gastrica iperstenica ». Al contrario, lo stomaco lungo si associa a un'acidità normale o diminuita; si riscontra questa condizione specialmente negli individui a tipo astenico (diatesi gastrica ipostenica). La diatesi gastrica iperstenica è la causa predisponente essenziale dell'ulcera duodenale e, poichè detta diatesi è spesso famigliare, sovente l'ulcera duodenale viene riscontrata in più membri della stessa famiglia: in altri casi vi sono i segni della diatesi senza l'ulcera in alcuni membri di una famiglia, nella quale uno o più membri hanno un'ulcera in atto. La diatesi gastrica ipostenica ha probabilmente gli stessi rapporti con l'ulcera gastrica: è anch'essa famigliare, e l'ulcera gastrica è presente in uno o più membri. In alcuni casi, per es., in cui uno dei membri è affetto da ulcera gastrica e un altro da ulcera duodenale, è dato riscontrare i segni di una diatesi nella famiglia del padre e dell'altra diatesi nella famiglia della madre.

Achilia gastrica costituzionale. L'acloridria si riscontra nella prima fanciullezza ed è spesso presente in diversi membri della stessa famiglia. In tali casi molto verosimilmente essa è dovuta a un difetto innato di secrezione che non è, per altro, in rapporto con alterazioni strutturali ben note della mucosa dello stomaco. L'assenza della normale digestione gastrica e la scomparsa della barriera antisettica dello stomaco, la quale previene normalmente l'ingresso nell'intestino di germi provenienti dal cibo o da secrezioni patologiche (denti, tonsille, seni nasali), può dar luogo a una serie di condizioni morbose, sebbene molti individui, che hanno presentato un'acloridria completa per molti anni e forse per tutta la vita, godano buona salute. La mancanza di acido cloridrico deve certamente predisporre ad infezioni derivanti dai cibi o dall'acqua (febbre tifoidea, dissenteria bacillare e amebica, ecc.).

Nell'artrite reumatica, se la sepsi primitiva del cavo orale o naso-faringeo si associa con l'acloridria, si verifica una infezione secondaria streptococcica negli intestini. L'unica malattia nella quale l'acloridria è sempre o quasi sempre presente è la sindrome dell'anemia Addisoniana, la degenerazione subacuta del midollo spinale e la glossite Hunteriana. È noto, da lungo tempo, che l'acloridria è per lo più sempre presente nell'a. A.; l'acloridria precede lo sviluppo della malattia. Si citano 21 casi, nei quali essa era presente da 1 a 25 anni prima dell'insorgenza della malattia; in diversi casi l'a. A. ha colpito più membri della famiglia in tre generazioni.

Profilassi e terapia delle diatesi gastriche. Per quanto riguarda la profilassi e la terapia delle diatesi gastriche è bene attenersi alle seguenti norme. Si deve procedere all'esame del succo gastrico dei fratelli, delle sorelle e dei figli di coloro che sono affetti da a. A.; se presentano acloridria, si deve somministrare loro dell'acido cloridrico per tutta la vita. Coloro i quali hanno una storia famigliare di ulcera gastrica o duodenale debbono alimentarsi con cibi leggeri. Quando un malato, in seguito alla cura medica, è guarito di un'ulcera gastrica o duodenale, occorre istruirlo bene sul regime dietetico da seguire, proibirgli il tabacco e l'alcool, e fargli comprendere che potrebbe nuovamente ammalare di ulcere, se non seguisse strettamente i consigli del medico. Anche dell'a. A. si può guarire, ma persiste la diatesi. È, perciò, necessario, ad evitare un nuovo attacco emolitico o neurotossico, dire al paziente di continuare a prendere acido cloridrico, anche se si sente bene.

Importanza relativa della costituzione, della gravidanza e delle infezioni sullo sviluppo della calcolosi epatica. Per ciò che riguarda la etiopatogenesi della calcolosi epatica, si può dire che la malattia si riscontra in più di un membro

della stessa famiglia. Molto si è esagerato sulla ipercolesterinemia e la gravidanza quali fattori patogenetici. L'unica causa predisponente indiscutibile è la colecistite; però rimane fin'oggi un mistero il perchè in alcuni individui si sviluppano i calcoli mentre in altri no. Può darsi che sia in causa un fattore costituzionale, non famigliare. È degno, però, di nota il fatto che spesso un malato di colelitiasi racconta una storia di intolleranza per i grassi o per determinate sostanze grasse, che data sin dalla fanciullezza. Infine può darsi che alcune alterazioni congenite, anatomiche e funzionali della cistifellea e delle vie biliari siano i fattori determinanti la produzione di calcoli in una cistifellea infetta.

Diabete. Anche per il diabete si sa da lungo tempo che esiste una predisposizione ereditaria (Williamson, Barach). È un fatto famigliare che una gran percentuale di diabetici adulti sono degli obesi quando si sviluppa la malattia (Joslin, Barach). All'incontro 90 su 100 fanciulli diabetici esaminati erano di statura superiore alla normale. La malattia si associa ad obesità negli adulti e ad una statura eccessiva nei giovanetti. Le infezioni acute (influenza, ecc.) agiscono spesso come concausa nello sviluppo di un diabete latente.

Alterazioni costituzionali della reazione delle urine. Osman recentemente ha dimostrato che gli individui, le cui urine presentano una reazione fortemente acida, hanno una speciale predisposizione ad ammalare di nefrite. Non si sa perchè le urine di un individuo in buona salute debbano essere più acide di quelle di un altro individuo, che vive nelle identiche condizioni di vita (dieta, ecc.); molto probabilmente ciò dipende, almeno in parte, da alterazioni costituzionali ed ereditarie dei processi biochimici complessi, dai quali dipende la reazione delle urine.

Come trattamento profilattico dell'albuminuria e della nefrite giova assai, in questi casi, la somministrazione di alcalini (citrato di potassio e bicarbonato di sodio ana gr. 1, tre volte pro die). Questa cura ha dato risultati ottimi nella profilassi dell'albuminuria e della nefrite scarlattinosa (Osman e Carter).

In altri individui, all'incontro, l'urina presenta una reazione più alcalina. È naturale che gli individui che presentano questa condizione costituzionale vanno soggetti alla formazione di calcoli fosfatici. Onde è necessario avvertire questi pazienti, le cui urine sono costantemente alcaline, di prendere del fosfato acido di sodio in dose sufficiente per mantenere acide le urine e dissolvere i calcoli fosfatici già formati.

NUNZIO MARZO.

Alterazioni di sviluppo e secrezione interna.

(BAUER, *Wien. Klin. Woch.*, 1927, n. 25).

Accanto alla malattia e alla deformità, abbiamo le alterazioni dello sviluppo di organi e tessuti. Kundrat annoverava tra le forme primarie di alterazioni di sviluppo l'ipoplasia congenita, il gigantismo o il nanismo, il cretinismo e il mixoedema, la rachitide, le iperplasie del tessuto adiposo, le leucemie, i neoplasmi, ecc.

Ora, dopo 35 anni, non sapremmo dar torto a Kundrat, e dobbiamo ammettere l'esistenza di perturbazioni della « vegetazione » intesa nel senso di sviluppo di organi e sistemi, e del loro accrescimento. Tali perturbazioni portano ad un anormale aspetto esterno della forma del corpo, dell'habitus. E se allora non si poteva parlare di funzioni ormoniche, ancora ignorate, pure è da ricordarsi di quelle cognizioni, in forma, beninteso, rimodernata.

Bauer presenta casi di gigantismo eunucoide, di ipoaccrescimento a tipo adiposo-genitale in una intera famiglia (madre e tre figlie), di adiposità familiare in due donne affette inoltre da tumore ipofisario; gli ascendenti e collaterali (genitori, avi, fratelli) dei soggetti in parola erano affetti dalla stessa forma apparentemente, ma non presentavano tali corrispondenti alterazioni delle rispettive ghiandole da spiegare le deviazioni di sviluppo da cui erano affetti.

Così il gigante ipogenitale era alto m. 2 e 2 cm. e presentava ipoplasia notevole dei genitali, non libido, non erezioni, mai eiaculazioni, ecc. Suo padre era alto come lui e suo fratello era alto m. 1.96, entrambi erano della stessa complessione del paziente, ma non presentavano traccia di ipogenitalismo. E similmente per gli altri casi.

E Bauer si domanda: mentre finora si era pensato che in tutte queste distrofie la mancanza di sviluppo della ghiandola rispettiva fosse la causa e la deviazione delle forme del corpo l'effetto, non si potrebbe talora pensare, e i numerosi casi presenti starebbero a confermarlo, al fatto opposto, a un rapporto inverso, paradosso, fra le due serie di alterazioni?

Così propone una divisione delle distrofie in tre ordini: quelle di prim'ordine, nelle quali le anomalie ormoniche sono l'effetto e non la causa della distrofia stessa, che corrisponderebbero alle distrofie primarie di Kundrat, e sarebbero congenite, quelle di second'ordine, prodotte da alterazioni delle ghiandole a secrezione interna, quelle di terz'ordine o distrofie *locali* (p. e. senilismo o infantilismo parziale, alterazioni di alcuni solamente o di uno solo dei caratteri sessuali secondari, ecc.).

Certo, il concetto è ardito; ed è meno ripu-

gnante alla mente del medico il far dipendere certe manifestazioni da uno squilibrio ormonico, visibile, reale, controllabile, anzichè da fattori innati, astratti, non direttamente dimostrabili. Inoltre non si vedrà con piacere complicarsi sempre più il quadro delle anomalie delle ghiandole a secrezione interna; e, di più, ora che la terapia ormonica interna ed anche quella diretta alle singole ghiandole (raggi X, chirurgia) e i metodi diagnostici sono tali da soddisfare, sia pure illusoriamente, le tendenze del medico.

Ma la verità dev'esser detta, qualunque essa sia, e forse da essa deriveranno ancor maggiori vantaggi. GARRONE.

RENI E VIE URINARIE.

Terapia della nefrosclerosi.

(V. KOLLERT. *Wien. Klin. Woch.*, n. 34, 1927).

Bisogna distinguere la terapia delle affezioni che conducono alla nefrosclerosi, e la terapia dei processi terminali.

Ma poichè lo stadio iniziale della malattia è dipendente da una infinità di cause diverse, ognuna di queste deve essere riguardata a parte.

1) L'ipertonia può essere in dipendenza di un sopravvento del parasimpatico sul simpatico e allora si trova il contenuto in calcio del sangue diminuito. Si è perciò tentata la medicazione calcica mista con l'atropina, la quale paralizza il parasimpatico. I resultati sono poco probativi.

È poi conosciuto che l'iperteso ha bisogno di molto sonno, poichè nel sonno la tensione si abbassa in tali soggetti più che nei normali, e la calcemia si innalza.

I veleni del simpatico, quali la nicotina, sono da proscriversi del tutto.

2) Lo stadio iniziale dell'ipertensione è stato considerato anche come una nevrosi. Si formerebbe una specie di circolo vizioso: l'eccitazione psichica provoca l'ipertensione; a questa fanno seguito alterazioni vasali nei territori cerebrali, che generano alla lor volta lo stato di ipereccitabilità.

All'inizio sono quindi indicati il riposo, l'allontanamento dal proprio ambiente, i sedativi nervosi.

3) Esistono rapporti tra ipertonia e alterazioni degli organi endocrini, sebbene le idee in proposito siano ancora controverse:

a) Organi genitali. È un fatto certo la comparsa di aumento di pressione in coincidenza della menopausa. L'ipofunzione degli organi germinativi produrrebbe l'ipercolesterinemia e l'ipertonia.

In pazienti con reazione adrenalinica vagotonica si riesce ad abbassare la pressione con estratti testicolari. Sono poi state osservate crisi ipertensive dopo la castrazione;

b) Ipofisi. In due casi di ipertensione è stata ritrovata l'atrofia del lobo anteriore dell'ipofisi.

L'azione degli estratti ipofisari in tal senso non è però stata accertata;

c) Tiroide. In un certo numero di ipertesi si trova un aumento del metabolismo basale, ma le ricerche circa le correlazioni tra tiroide e ipertensione sono state fino ad ora contradittorie, nè si sono ottenuti resultati probativi col trattamento a base di preparati tiroidei ed antitiroidei;

d) Fegato. Si è voluto vedere una influenza del potere antitossico del fegato sulla produzione dell'ipertonia, per cui un estratto dell'organo riuscirebbe talora a modificare il disturbo. Ma anche qui gli autori non sono ancora d'accordo.

4) Spesso all'ipertonia va congiunta l'iperglicemia, e si sono visti successi terapeutici con l'uso dell'insulina. Sarebbe interessante approfondire di più l'argomento.

5) L'ipertensione è assai frequente nelle insufficienze luetiche o reumatiche dell'aorta. Si dovrà quindi in tali casi ricorrere agli opportuni mezzi curativi, rappresentati sia dalla terapia generale dell'affezione, sia dalle risorse chirurgiche tendenti ad eliminare le eccitazioni midollari della porzione aortica (iniezioni paravertebrali, escissione dei rami comunicanti, resezione del simpatico, ecc.).

6) Da molto tempo è conosciuta la coesistenza dell'ipertensione e della poliglobulia. Negli ipertesi pletorici sarà quindi consigliato un vitto secco, con limitazione anche della quantità totale dei cibi.

Lo jodio non sembra aver influsso sulla pletora.

7) O. Müller e Hübener distinguono casi di ipertonia con gravi alterazioni dei capillari cutanei (costituzioni vasoneurotiche), e casi con capillari normali. Secondo essi la prima forma sarebbe endogena, la seconda esogena, e propriamente renale, e corrisponderebbe allo stadio tardivo in cui si è costituito il rene grinzo. Non sono però ancora conosciuti i mezzi adatti terapeuticamente alle singole forme.

8) Nell'ipertonia, infine, hanno grande importanza le manifestazioni ipercinetiche a carico delle arterie, sì da rappresentare in parte il lato pericoloso della malattia. Si tratta allora non solo di angiospasmi, ma anche di dilatazioni improvvise, che possono provocare gravi fatti di stasi.

La terapia medicamentosa di tali fenomeni è rappresentata dalla papaverina, dai composti benzilici, canfora, olii eterei, atropina, nitriti.

Dallo studio funzionale dell'ipertonia si passa poi alla costituzione della sclerosi nei vari vasi. Anche la nefrosclerosi è quindi da considerarsi come un simile stato secondario.

Tanto più forte è l'alterazione arteriosa dell'or-

gano, tanto meno potrà questo provvedere alla sua normale funzione. L'uremia è l'incidente terminale più pericoloso della nefrosclerosi. Quattro possibilità terapeutiche si offrono qui al medico:

1) Messa a riposo del rene con dieta appropriata, cioè con riduzione al minimo degli albuminoidei, e relativa abbondanza dei grassi e degli idrocarbonati.

2) Stimolazione dell'attività renale per mezzo di diuretici, ponendo però mente a non eccedere, per non creare nel soggetto condizioni dannose, come ad esempio la diminuzione dell'appetito, già di per sè scarso.

La determinazione ripetuta dell'azoto totale e dell'indacano nel siero deve servire di base per la quantità di liquido che il malato deve ingerire.

3) Svelenamento dell'organismo col facilitare l'attività dell'emuntorio intestinale. In tal senso sono da rispettare le diarree uremiche di grado non alto.

Appartengono inoltre a tale compito le cure diaforetiche, con mezzi fisici più che con la pilocarpina.

4) Sostenimento del cuore fin dagli stadi preuremici. È riconosciuta a tal proposito la sensibilità del ventricolo sinistro a piccole dosi di digitale. Nei casi gravi, invece, si potrà ricorrere utilmente alle iniezioni endovenose di strofantina più glucosio.

La retinite sarà combattuta in prima linea col riposo e con la rigorosa limitazione delle sostanze albuminoidee. Gioveranno talora le iniezioni di latte e le applicazioni di elioterapia artificiale su tutto il corpo.

Il salasso è indicato nella cefalea intensa e nella congestione retinica, ma sarà miglior cosa eliminare il pericolo di una apoplessia attenendosi alle opportune regole igieniche e dietetiche.

Nell'angina pectoris si useranno i farmaci appropriati, la diatermia, le soluzioni zuccherine ipertoniche.

Nei fastidiosi ronzii d'orecchio, finalmente, può portar sollievo la chinina in piccole dosi, i bromici, e, in casi estremi, anche il salasso.

Per quel che riguarda le numerose specialità del mercato, bisogna che il medico sia molto cauto, trattandosi spesso di sostanze non sufficientemente sperimentate. È invece più opportuno che siano considerati all'inizio della malattia i singoli fattori etiogenetici, secondo quanto sopra è stato esposto, limitandosi negli stadi terminali al trattamento sintomatico puro. M. FABERI.

La pieloscopia.

(DOSSOT. *Paris Médical*, 6 agosto 1927).

Mentre la pielografia rivela la situazione, la forma, le dimensioni del bacinetto renale, la pieloscopia, cioè l'esame radioscopico della pelvi resa visibile per mezzo di iniezione di liquido opaco, permette di esplorare i movimenti del bacinetto. Questo organo, mediante le sue contrazioni, manda l'orina nell'uretere, dando luogo alla formazione di un bulbo ureterale che bruscamente si stacca e discende verso la vescica.

L'esame delle alterazioni del bulbo e delle contrazioni, il calcolo del tempo di evacuazione permettono di individuare un certo numero di sindromi patologiche: 1) sindrome di incontinenza pielica totale, in cui il liquido iniettato refluisce largamente a traverso l'orificio ureterale beante; 2) sindrome di insufficienza sfinterica caratterizzata dalla mancanza di formazione del bulbo; 3) sindrome di ipercinesia, con evacuazione rapidissima; 4) sindromi di ritenzione: leggera, caratterizzata dalla lentezza della formazione del bulbo e dall'aumento del tempo di evacuazione; incompleta con residuo; intermittente; cronica completa, in cui manca ogni movimento ed ogni evacuazione; acuta spasmodica che si ha nella colica renale.

I bacinetti infettati presentano sempre un ritardo nello svuotamento più o meno accentuato che può condurre anche alla ritenzione cronica completa. La pieloscopia può fornire indicazioni prognostiche preziose: infatti finchè la motilità è sufficiente si può sperare di guarire la pielonefrite; quando invece il bacinetto si svuota male, l'infezione diverrà cronica e si produrrà la pionefrosi.

Nella litiasi la pieloscopia mostra una localizzazione esatta del calcolo e informa sullo stato delle cavità del rene. Un calcolo coralliforme che riempie la pelvi, la rende affatto atona. Un piccolo calcolo è capace di turbare assai la motilità di un piccolo bacinetto a causa della continua irritazione che produce sulle pareti di esso, donde crisi di ritenzione acuta spasmodica e d'altra parte inibizione cronica della motilità con conseguente ritenzione cronica.

Nei casi di rene mobile la pieloscopia potrà informare sulle condizioni di svuotamento del bacinetto ed essere elemento utile nella indicazione all'intervento. La nefropessia ha solo ragion d'essere nei malati nei quali il rene in posizione normale non si svuota, ma solo dopo che per mezzo della palpazione bimanuale lo si è rimesso in alto.

Vi sono idronefrosi di origine congenita legate a malformazioni del rene e dell'uretere e idronefrosi di origine meccanica consecutive ad una compressione od a restringimento dell'uretere. Le altre, che sono le più numerose, hanno etiologia oscura; la pieloscopia mostra che in gran maggioranza sono legate a disturbi della funzione dell'apparecchio motore pielo-ureterale che saranno ben messi in evidenza dalla pieloscopia.

Parecchie sono le cause dei disturbi della motilità: se non c'è calcoli, nè rene mobile bisogna pensare alla presenza di una arteria anormale. Ma in certi casi il più attento esame non riesce a scoprire le cause della alterata motilità e sarà allora necessario invocare la nozione del terreno e lo stato costituzionale del malato.

Concludendo: grande è l'importanza della pieloscopia che deve porsi in buon posto tra i vari metodi di esplorazione renale. VICENTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

G. BILANCIONI. *La sordità. Come si previene e come si cura. Precetti d'igiene dell'orecchio.* Un vol. in 16° di 254 pag. Casa ed. La Scienza del Popolo, Torino, 1927. Prezzo L. 25. In vendita presso la Casa ed. L. Pozzi. Roma.

Forse ancor più che per la vista, la perdita o la diminuzione della funzione auditiva rendono malagevoli o difficili i rapporti sociali, sicchè è interesse della società, oltre che dei singoli l'evitare tali danni. Ancor più che per la vista, la funzione dell'udito è minata da tante cause (basti pensare alle otiti ed all'adenoidismo), che rendono così abbondante il numero dei sordastri. Per fortuna nostra, la difesa contro di esse è abbastanza agevole; occorre però conoscerla e porla in opera a dovere, cosa che non tutti i medici e ben pochi profani sanno.

Bene ha quindi fatto il prof. Bilancioni a scrivere questo libro in cui insegna come si previene e si cura la sordità.

Accenna nell'introduzione alla frequenza della sordità ed alla necessità di istituire un'educazione dei sensi durante lo sviluppo somatico dell'individuo. Dà poi alcune nozioni di anatomia e fisiologia dell'apparato acustico, si diffonde poi largamente sulle malattie auricolari nell'infanzia: l'orecchio del neonato, la sordità congenita, i traumi, i corpi estranei, le forme diatesiche, l'adenoidismo, l'otorrea, l'otite media. Questa ampia trattazione è giustificata dal fatto che appunto nell'infanzia ha origine la maggior parte delle sordità. Considera in seguito le malattie auricolari dell'adulto ed il tormento apportato all'apparecchio acustico dall'ordierna civiltà, tormento che culmina nelle sordità professionali. Dà per ultimo le norme di igiene dell'orecchio ed alcuni cenni sulla cura della sordità.

Ottimo libro di divulgazione per i profani, nella forma limpida e nell'esposizione accessibile a qualunque persona colta, ma libro denso di pensiero e ricco di nozioni, che vorremmo vedere anche fra le mani dei medici ai quali darà, con una gradevole lettura, molte cognizioni utili.

fil.

J. AMAR. *Organisation et hygiène sociales.* Essai d'hominiculture. Un vol. in 8°, di 692 pag. con 110 fig. Dunod et Pinat, Paris, 1927.

È un libro scritto da un uomo di fede, con una vasta visione dei problemi biologici e sociali che affannano lo scienziato ed il sociologo. Scopo elevato dell'opera è quello del perfezionamento umano, della « hominiculture », come la chiama l'A., sia nel senso individuale che sociale: l'igiene dell'individuo e delle collettività, la fisiologia e psicologia del lavoro, gli sport, l'eredità, ecc.

Ma per attaccare tali questioni, l'A. prende le mosse ben di lontano, dai principî stessi della scienza, esponendoli in modo da renderli accessibili ad ogni persona colta e risalendo da questi fino alle più complesse ed intricate questioni sociali: dalle vibrazioni dell'etere alla vitalità dei parameci, dai principî di chimica colloidale (a cui dedica 2 sui 12 capitoli) alla eugenica, è una specie di « messa in fuoco » dei progressi della scienza, per dedurne i principî dell'igiene sociale. Ed anche per questa, non si limita alle grandi linee direttive, la difesa antitossica ed antiinfettiva, l'educazione e l'assistenza sociale, ecc., ma scende anche nei particolari, bollando a fuoco la metapsichica, dichiarando « stupido » il taglio dei capelli alle donne, trattando in alcune pagine interessanti del teatro e del cinema e così via.

Una vera enciclopedia di nozioni e di considerazioni che dimostra una vasta coltura ed un intenso lavoro, sempre documentato; un « testo unico », come lo chiama l'A. stesso, che studia l'evoluzione umana dall'infanzia alla vecchiaia ed alla morte, nell'ambiente della famiglia, della scuola, dell'officina, ecc.

Un lavoro però che non sfugge all'impressione di un affastellamento non troppo omogeneo di nozioni, in cui risalta troppo forte il distacco fra la precisione della scienza e la nebulosità delle vedute sociali. Tutto sommato, io preferisco l'Amar del « *Moteur humain* » e della « *Organisation physiologique du travail* » a questo libro, in cui palpita tanta fede, ma in cui la parte veramente vitale è data dalla scienza dei due primi. È del resto una *forma mentis* comune a molti scienziati di considerare nella loro maturità le questioni sociali; la visione si allarga, ma perde di nettezza e la competenza, indiscussa nelle materie scientifiche, ha scarso valore in un campo di idee di patrimonio comune.

Il libro si legge senza sforzo alcuno ed indubbiamente riuscirà utile ed interessante non per i soli medici, ma a chiunque desideri completare la propria coltura.

fil.

I CONGRESSI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XXXIII Congresso di Medicina Interna.

(Continuazione; vedi fasc. prec.).

Seduta antimeridiana del 19 Ottobre 1927.
Presidenza: Sen. QUEIROLO (Pisa).

Le diatesi emorragiche.

Relatore: Prof. DI GUGLIELMO G. (Pavia).

Conclusioni.

L'emofilia e il morbo maculoso congenito di Werlhof sono i processi morbosi che presentano sia il carattere di malattie emorragiche (tendenza a facili, frequenti e prolungate emorragie), sia il carattere di malattie costituzionali nel senso stretto della parola (anomalie ematiche e vasali, persistenti per tutta la vita, indipendenti da qualsiasi fattore esogeno, presenti e documentabili sempre, anche nei periodi nei quali le emorragie mancano, ereditarie e familiari).

Queste due diatesi emorragiche vanno però nettamente distinte per differenze che riguardano il disturbo del normale meccanismo dell'emostasi, la ereditarietà, la limitazione a sessi diversi, le anomalie costituzionali, il quadro clinico, il comportamento di fronte ad alcuni speciali interventi terapeutici.

L'emofilia è una diatesi emorragica che si trasmette con le seguenti leggi d'ereditarietà:

a) la trasmissione avviene attraverso le donne (ereditarietà ginecofora o diaginica), le quali non sono mai ammalate manifeste ma funzionano semplicemente da conduttrici;

b) l'eredità è legata al sesso, ossia il fattore emofilia è legato al cromosoma sessuale maschile **X**, il quale può essere ereditato esclusivamente dalle donne;

c) la donna, che eredita dal padre il cromosoma sessuale **X** emofilico, presenta una combinazione eterozigote **XX**, nella quale il fattore emofilia, legato al cromosoma **X**, è a carattere recessivo, essendo dominato dall'azione del cromosoma sessuale sano **X**;

d) la donna conduttrice può trasmettere il fattore emofilia tanto ai figli maschi, che possono diventare ammalati manifesti, quanto alle figlie femmine, che però non ammalano, ma possono diventare alla loro volta conduttrici;

e) se eccezionalente in una donna (figlia di un emofilico accoppiatosi con una conduttrice) si stabilisce una combinazione omozigote **XX**, ossia si raddoppia il fattore emofilia, allora si crea una situazione di tale gravità, che è assolutamente incompatibile con la vita; intervengono, cioè, i così detti fattori letali, che possono determinare la morte dell'individuo già nel periodo di vita intrauterina; per questa ragione casi di emofilia vera, completa, pura non si osservano mai, a carico delle donne, nelle famiglie di emofiliaci;

f) l'eredità ologinica (trasmissione diretta dalla madre alla figlia) e l'emofilia dominante (trasmissione diretta non legata in alcun modo col sesso) potranno essere accettate soltanto quando sarà dimostrata l'esistenza di casi di vera emofilia nelle donne; tale dimostrazione, però, non è stata ancora data in modo sicuro, trattandosi in genere o di casi di pseudoemofilia da fibrinopenia o di casi di morbo maculoso di Werlhof con ritardo del tempo di coagulazione del sangue;

g) esiste indubbiamente una forma di emofilia non ereditaria ma sporadica, che insorge, probabilmente, in seguito ad una mutazione del plasma germinativo.

Il disturbo caratteristico del sangue degli emofiliaci è rappresentato da un rallentamento più o meno notevole del tempo di coagulazione, persistente per tutta la vita (con attenuazione dopo il 30° anno).

Tale disturbo non si verifica nella 2ª fase del processo di coagulazione del sangue (trasformazione del fibrinogeno in fibrina per mezzo della trombina), la quale si svolge negli emofiliaci in maniera del tutto normale, ma nella 1ª, ossia nella fase di formazione della trombina.

Non si tratta di un'insufficienza quantitativa o qualitativa di quest'ultima, ma di un rallentamento nella sua produzione.

Secondo alcuni Autori, la causa di questo rallentamento va ricercata in un disturbo insito in una delle due sostanze madri della trombina, propriamente nel citozima o trombocinasi, la quale viene messa in libertà dalle piastrine emofiliche con notevole ritardo, per la mancanza di un fattore che provoca in condizioni normali la messa in circolo di tale sostanza.

Secondo altri Autori, invece, il disturbo risiede nell'altra sostanza madre della trombina, nel sierozima e consiste in un prolungamento del tempo necessario per la trasformazione del prosierozima in sierozima; questo disturbo è dovuto o alla presenza di una sostanza inibente il processo di attivazione del prosierozima o alla rottura del normale equilibrio, esistente nell'individuo sano, tra sostanze attivatrici (favorenti la trasformazione del prosierozima in sierozima) e sostanze stabilizzatrici (inibenti tale trasformazione), per la presenza nel sangue emofilico di un eccesso di queste ultime.

Finalmente, per i sostenitori delle teorie fisicochimiche della coagulazione del sangue, nell'emofilia il difetto iniziale è rappresentato da un ritardo nella precipitazione del trombozima e, in conseguenza, da un rallentamento delle successive fasi del processo di coagulazione.

Gli elementi diagnostici dell'emofilia sono i seguenti: particolare maniera di trasmissione ereditaria, limitazione al sesso maschile, ritardo della coagulazione del sangue, frequente comparsa di emorragie prolungate, emorragie articolari recidi-

vanti, numero delle piastrine normale o leggermente aumentato, negativa la prova del laccio ma positive quelle della coppetta e della puntura, tempo di emorragia normale o leggermente prolungato, assenza del normale potere immunizzante contro il tripanosoma, aumento di Na Cl nel sangue e della resistenza degli eritrociti. L'emofilia sporadica presenta in genere un quadro clinico del tutto identico, anche per l'intensità delle manifestazioni sintomatiche, a quello dell'emofilia ereditaria.

Il morbo maculoso di Werlhof, nella sua forma cronica costituzionale, è una diatesi emorragica caratterizzata, oltre che dalla tendenza alle facili frequenti e prolungate emorragie, da un complesso di anomalie permanenti e persistenti per tutta la vita: piastrinopenia, prolungamento del tempo di emorragia, mancata, ritardata o incompleta retrattilità del coagulo, alterazioni vasali. Di questa malattia è possibile, in alcuni casi, dimostrare il carattere familiare e la ereditarietà, la quale è dominante, diretta, non legata al sesso.

Diversi fattori, intimamente collegati fra di loro, intervengono nel determinismo fisiopatologico delle emorragie, frequenti e incoercibili, del morbo di Werlhof: la piastrinopenia, che rende difficile la normale chiusura degli stotmi degli endoteli vasali e la formazione del trombo bianco emostatico; le lesioni endoteliali che rendono abnormemente permeabili le pareti vasali e inopsonizzabili i margini della ferita per cui le piastrine non vi possono aderire per la formazione del trombo; i disturbi del meccanismo autoregolatore dei capillari che rendono difficile la contrazione dei capillari, l'adesione reciproca degli endoteli, la deviazione della corrente sanguigna nei rami collaterali e, di conseguenza, anche la formazione del trombo emostatico.

La piastrinopenia è determinata, secondo alcuni, primitivamente da insufficiente piastrinogenesi, secondariamente da esagerata attività splenica sia piastrinolitica sia inibente la piastrinogenesi megacariocitica; secondo altri, invece, il fattore primitivo è la piastrinolisi splenica e solo secondariamente intervengono disturbi della piastrinogenesi midollare.

Le diatesi emorragiche possono essere considerate, dal punto di vista patogenetico, esponenti di disturbi a carico dell'intero sistema che presiede al normale meccanismo dell'emostasi; però, mentre l'emofilia è prevalentemente legata a un disturbo del fattore ematico biochimico (ritardata coagulabilità del sangue) con scarsa partecipazione della componente vasale, della diminuita agglutinabilità delle piastrine e della deficiente contrazione dei vasi, il morbo costituzionale di Werlhof, invece, dipende prevalentemente dalla piastrinopenia e dall'angiopsatirosi (fragilità vasale), con interessamento del meccanismo autoregolatore dei capillari (mancata o deficiente contrazione dei vasi, mancata o deficiente adesione degli endoteli, mancata o deficiente formazione di circolo collaterale) e, in rari casi, con lievi disturbi della coagulabilità del sangue.

Forme miste da associazione di vera emofilia con morbo costituzionale di Werlhof (emofilo-emogenia) sono rarissime e non sufficientemente documentate; si tratta in genere di sindromi secondarie ad altri processi morbosi, specialmente a carico del fegato.

La terapia delle diatesi emorragiche è prevalentemente sintomatica, in quanto mira ad arrestare le emorragie con mezzi locali e con mezzi generali o teleemostiptici (coaguleno, clauden, zimema, succhi spremuti da tessuti, frequenti piccoli salassi, trasfusione di sangue o di plasma centrifugato o di plasma fosfatato, roentgenterapia, iniezione di siero umano o animale, gelatina, peptone, soluzioni ipertoniche di Na Cl e di Ca Cl^2, pituglandolo, adrenalina, ecc.), i quali tutti agiscono o per influenza coagulante o tromboplastica o sostitutiva o vasocostrittiva.

Infruttuosi sono riusciti i tentativi di terapia eziologica nell'emofilia, mentre buoni risultati si sono ottenuti nel morbo maculoso costituzionale di Werlhof con diversi mezzi destinati a moderare o a sopprimere l'influenza dannosa della milza, sia irradiandola con dosi forti di raggi X, sia asportandola, sia riducendola allo stato atrofico con la legatura dell'arteria splenica.

Con la splenectomia si sono già avute numerose guarigioni cliniche (scomparsa delle manifestazioni emorragiche), non sempre però accompagnate dalla guarigione biologica, ossia dalla scomparsa delle anomalie costituzionali ematiche e vasali caratteristiche del morbo di Werlhof.

Se i risultati, buoni ma ancora troppo scarsi, ottenuti con la legatura dell'arteria splenica saranno confermati, quest'ultimo intervento potrebbe essere sostituito alla splenectomia con la quale si sono avute percentuali di mortalità non piccole (fino al 19 %) per complicanze postoperatorie.

Discussione.

VOLTERRA M. (Firenze). — Fa rilevare al Relatore che nella patogenesi del m. di Werlhof, debbono essere stabiliti due problemi importantissimi: 1) la parte che ha nell'emorragia lo strato endoteliale; 2) la parte che vi ha lo strato avventiziale. Egli ritiene che se è vero che esiste una « fragilità endoteliale » che conduce alla esfoliazione degli endoteli spontanea o provocata sotto stimoli anche lievi, esiste anche una « fragilità avventiziale » che toglie agli endoteli il sostegno efficace per resistere alla pressione endovasale, ed è la vera responsabile delle emorragie a carico dei capillari.

PRETI (Sassari). — L'O. ritiene che il m. di Werlhof deve essere sfrondato ancora di più, poichè probabilmente si comprendono in questa malattia forme che non lo sono. Ad es. si può osservare che alcuni casi in seguito alla splenectomia migliorano in modo permanente tanto da considerarsi clinicamente guariti, mentre altri o migliorano solo transitoriamente o non migliorano affatto. Tutto ciò fa pensare che in alcuni casi la

trombopenia possa essere in rapporto ad un'esagerata attività piastrinocaretica della milza, in altri invece ad una insufficiente produzione di piastrine. Secondo l'O. il gruppo del morbo maculoso abbisogna di essere riveduto e ristretto.

LUNEDEI (Firenze). — Domanda al relatore quale spiegazione egli dia del fenomeno della contrazione capillare per incisione della parete con il micromanipolatore, se crede cioè il fenomeno dovuto alla diretta eccitazione della parete capillare oppure la normale conseguenza, per l'autoregolazione capillare, dell'incisione praticata.

Chiede inoltre come spieghi il fenomeno della mancata contrazione per incisione nell'emofilia.

PENSA (Parma). — Circa la teoria cromosomica della trasmissione dei caratteri ereditari, questa solo apparentemente è basata su dati di fatti, perchè non può essere ammessa l'individualità dei cromosomi e la trasmissione dei cromosomi come tali dal generatore al generato.

Crede piuttosto che la forma, il numero costante dei cromosomi, il modo di comportarsi, caratteristico per ogni singola specie, siano per loro stessi caratteri ereditari piuttosto che elementi tali da far ritenere i cromosomi i determinanti dei caratteri ereditari.

CASTELLINO P. (Napoli). — Dopo aver espresso il suo plauso al Relatore, comincia col rilevare come nella concezione sintetica cui il relatore si è trovato dall'angustia del tempo, molti problemi che sorgono dalla materia stessa del morbo, e che pure svolgendosi ai suoi margini gli conferiscono rilievi importanti e amplificano i termini della cornice che lo inquadra, dovevano di necessità essere lasciati alla relazione scritta, ma che nella loro giusta ampiezza debbono poi essere svolti e trattati perchè contengono l'interpretazione di molti elementi patogenici. Così il fondamento costituzionale riconosciuto dal relatore nella patogenesi delle diatesi emorragiche, merita certamente una considerazione più ampia di quanto non sia quella additata in questa semplice e monca esposizione. È necessario che il problema costituzionale sia profondamente esaminato e definito nei suoi caratteri particolari e nelle sue relazioni col morbo.

Si delinea a tale proposito tutta l'importanza assunta dalla nozione del fattore ereditario che dilata e amplifica i limiti entro cui si contiene la patogenesi costituzionalistica. Non si può disconoscere che il relatore è penetrato con acuta disamina nel problema della trasmissione ereditaria, spiegando come questo avvenga attraverso la donna per un meccanismo che dicesi di ereditarietà diaginica, e come perciò sia legata al sesso in quanto il cromosoma sessuale maschio portatore di quel carattere ereditario patologico che predispone all'affezione emorragica, possa essere ereditato esclusivamente dalla donna.

L'O. dissente però dal relatore sulla importanza della teoria cromosomica come fondamento della ereditarietà e condivide perciò le giuste obiezioni mosse su questo argomento al relatore stesso dal prof. Pensa.

Ricorda poi inoltre come di questi problemi sull'ereditarietà si sia molto occupato e abbia trattato «*l'ereditarietà in patologia*» come tema della sua prolusione alla cattedra di patologia medica dell'Università di Padova, or sono otto lustri circa, e poi abbia continuato ad agitarne il problema in una sua recente pubblicazione.

In ogni modo riconosce come nel discusso problema della ereditarietà, una questione che può ritenersi definitivamente risoluta e unanimemente accettata sia il fenomeno sostanziale della ereditarietà crociata. Questa assume ormai l'importanza di una legge biologica, e l'oratore è lieto di riconoscere che il Di Guglielmo si avvalga utilmente di questo nello studio delle diatesi emorragiche riuscendo a fornire nella patogenesi concetti chiari e plausibili.

Fondamento della ereditarietà crociata è che il maschio eredita gran parte dei suoi caratteri dalla madre; la femmina invece dal padre. La madre diventa in tal modo un meraviglioso strumento di conservazione dei caratteri etnici della razza; e ricorda il pensiero del Serono, e cioè che la nostra donna italica, redimendosi dalle alluvioni e invasioni barbariche che avevano imbastardito la nostra tempra, ha saputo restituirci alla purezza delle prische linee il che potrebbe anche essere un documento di tale legge generale. La madre perciò non è sempre, pertanto, una «passiva conduttrice» dell'ereditarietà quale la ritiene il relatore, ma assurge non di rado alla importanza di vera «redentrice» di questa; e il suo influsso di vigile protezione domina specialmente la nostra infanzia fino alla pubertà, nella quale soltanto comincia ad allentarsi quell'ideale cordone ombelicale che fino a quel momento ne tiene vicini a colei dal cui fianco ci separammo. Con la pubertà si inizia uno stato di maggiore autonomia e più si trovano e più si rinsaldano i caratteri ambientali onde si definisce la nostra personalità nella quale questi due momenti in perenne conflitto, *ereditarietà* e *condizionalismo ambientale* si fondono nella sintesi unitaria della nuova conformazione costitutiva. Perciò una diatesi emorragica è rarissima prima di tale fase e diventa più frequente man mano che la vita comincia ad avanzare verso la sua definitiva maturazione ontogenetica.

Naturalmente questi vogliono essere dei profili schematici che sopportano modificazioni e variazioni prese in considerazione e spiegate dalla stessa legge.

Dopo di che l'oratore passa ad esaminare il concetto fondamentale della relazione, che offre una diffusa trattazione e interpretazione delle condizioni nosologiche nel quadro morboso, cioè dei disturbi caratteristici del sangue e delle pareti vasali e dei fattori patogenetici che li determinano o che per lo meno vi si accompagnano.

Egli — e certamente ragioni di tempo devono aver vietato al relatore di diffondersi su questo argomento — avrebbe desiderato qualche maggiore dettaglio e qualche più ampia considerazione sui fattori che partecipano al determinismo bio-

chimico del processo e che si svolgono nell'ambiente umorale organico e che spiegano perchè il morbo maculoso si riscontri così spesso nelle famiglie rachitiche a fianco della fosfaturia, della calciuria, dell'ipocalcemia, col corteo dei sintomi spasmofilici e molte volte in coincidenza di disordini viscerali quali concause e fattori che esteriorizzano la mejopragia paratiroidea se latente, o meglio la definiscono se già delineatasi nei suoi segni ancora non chiari.

Cita le esperienze di Spadolini e Ferri, importanti e illuminatrici per quanto riguarda il metabolismo del calcio nella eccitabilità anormale nerveo-muscolare nelle predisposizioni emorragiche e per la più verosimile interpretazione di una tossiemia di origine intestinale per sostanze tipo amina (come la guanidina, unamina doppiamente metilata), come dal punto di vista costituzionale di discrinopatie ereditarie costituzionali tipo iporatiroidee timiche, tiroidee surrenali, ecc.; come finalmente anche dal punto di vista degli elementi peculiari del quadro nosologico (emorragie più o meno intense e diffuse e particolarmente gravi nell'ambito addominale), e ne spiegano la portata interpretativa del meccanismo etiopatogenetico e nosologico. Perchè evidentemente — e non vi ha mestieri di chiarimento — nè l'ereditarietà positiva nè la diatesi familiare, come tampoco la costituzione del terreno sono bastevoli a rompere l'equilibrio instabile dei due segmenti del sistema vegetativo e in particolar modo di una eccitabilità del sistema autonomo che come è alla base dei quadri anafilattici nelle sue propensioni morbose, nelle sue sensibilità anormali e nell'eccitabilità, è anche l'*ubi consistam* della diatesi spasmofilica di quell'emorragia costituzionale. Ma occorre altresì l'impulso cooperante e fino a un certo punto deterministico di quelle cause condizionali che di per sè sole non potrebbero essere sufficienti a esplicare le sindromi, ma tanto meglio lo diventano quanto più il terreno costituzionale vi sia naturalmente incline e predisposto. Si diffonde largamente su questo interessantissimo tema dei rapporti calcio e potassio di fronte ai meccanismi della vita ed alla attività dei sistemi nervosi vegetativi. A questo proposito spiega come la donna, nella sua conformazione abbia un orientamento orto-simpatico estesico che la rende suscettibile alle facili emotività, ai riflessi vasomotori e cardiaci ed a tutti i processi in fondo di iperriflessività, alle nevrosi clorotiche, ipertiroidee, ipersurrenaliche, basedowiane, alle febbri e cardiopatie di crescenza, ecc., e ne interpreta le relazioni con lo sviluppo del sistema eccitocatabolico su quello anabolico e dei rapporti di entrambi col nevrasse, e dal punto di vista del calcio e del potassio, con la sua spiccatissima tendenza alla conservazione del primo; e forse in ciò intervenendo fattori teleologici. La fosfaturia, la calciemia, la ipocalcemia nelle donne, sono relativamente rare, perchè appunto il loro temperamento fondamentale è sorretto da una prevalenza degli apparati che risentono di impulsi di iperattività, di stimoli.

Ecco perchè, afferma l'oratore, se la sindrome spasmofisica e la diatesi emorragica con tutti i loro connessi sintomi delle turbe vasomotrici si vogliono riportare ad un substrato organico che è sorretto da una particolare vagoestesia ed eccitabilità del sistema sensitivo organico, la donna concorre alla difesa dell'infanzia e della nostra costituzione contro il soverchiare di quei tessuti e di quegli organi che preponderando nella prima fase della vita che ha un impianto essenzialmente linfatico tenderebbero a impulsioni autonomotrope.

Venendo poi a discutere del programma terapico, l'O. si sofferma particolarmente sul problema della splenectomia. Però mentre riconosce alla milza l'alta importanza di un fattore cooperante alla diatesi emorragica, confessa apertamente la sua perplessità in contrasto alla così decisa propensione del relatore all'intervento chirurgico nel consigliarne sempre l'asportazione. Se l'individuo ha una spiccatissima tendenza a facili frequenti imponentissime e infrenabili emorragie per la sua costituzione diatesica, l'atto operativo gravissimo lo redimerà subito da tale situazione pericolosa? E le condizioni precarie del sangue caratterizzate in prima linea da una incapacità a coagulare da una irretrattilità del coagulo, da uno spiccato ritardo alla precipitazione della trombozima ci lasciano tranquilli, mentre attendiamo l'influsso favorevole della mutilazione splenica dal pericolo di una emorragia irreparabile postoperatoria? Il relatore non dissimulando la gravità di simile intervento, in linea subordinata s' mostra propenso in parte di ridursi per lo meno all'allacciatura dell'arteria splenica; ma, si ripara di molto con questo ripiego al pericolo emorragico? E poi credesi con ciò di avere incarcerata la milza e precluso ogni rapporto con l'ambiente umorale e non rimangono altre vie di circolazione, quale per esempio per il tramite del legamento frenosplenico? Ma infine quale sarà il destino di quel *caput mortuum* che il malato porta in grembo? E il disfacimento di questa massa di tessuti non riprenderà la sua azione emolitica come avviene nella preparazione dei sieri organo-tossici? Sono questi tanti punti interrogativi che fanno pensare e poichè occorre agire sulla milza, l'oratore propone l'applicazione del siero splenotossico. Ricorda come da quando aveva l'onore di essere coadiutore del Queirolo egli abbia affrontato sotto la ispirazione del suo maestro questo problema e si richiama alla memoria di lui citando un caso di porpora emorragica in cui il compianto professore Ceci, direttore della Clinica chirurgica di Pisa, aveva prospettato l'intervento operatorio che l'oratore sconsigliò sulla base della lentissima coagulazione del sangue. Questo problema dei sieri organotossici dall'oratore iniziato nella Clinica del Queirolo e poi continuato a Padova e proseguito a Napoli con la collaborazione dei suoi assistenti Pellegrino, Pezzullo, Pizzini, Leone non ha bisogno di considerazioni che ne dimostrino l'importanza e le nozioni che si sono fatte diffuse lo esimono dal parlarne a lungo. Spiega il meccanismo

con cui questi sieri tossici agiscono e i procedimenti con cui si ottengono: tecnica difficilissima, oculata, paziente, di controlli meticolosi e di lunghe prove, più che di particolari sapienze di manipolazioni. Termina concludendo che di fronte alla sicurezza e alla specificità di azione e alla innocuità del trattamento lo consiglia a preferenza di ogni altro espediente terapico, tanto più di fronte a quelli che non assolutamente indispensabili, sono circondati di innumerevoli insidie e pericoli imminenti che i propugnatori della splenectomia non hanno saputo dissimulare.

LICCIARDI (Catania). — Esiste una forma morbosa della febbre iperematurica, da lui osservata in malati soggetti a cura chininica, e domanda se tale forma morbosa si possa annoverare fra le diatesi emorragiche, dato che si presenta ereditariamente.

Risposta del relatore.

DI GUGLIELMO. — Al dott. Volterra risponde che a creare lo stato di angiopsatirosi contribuiscono con ogni probabilità tutti i costituenti della parete vasale e quindi anche lo strato esterno periavventiziale.

Per quanto si riferisce al concetto di Frank della funzione di occlusione degli stomi endoteliali da parte delle piastrine, fa notare che già era stato combattuto da precedenti osservatori e che invece maggiore importanza deve essere riconosciuta a questi elementi ematici nella formazione del trombo bianco.

Al prof. Preti che giustamente insiste sull'importanza della piastrinopenia nel morbo maculoso di Werlhof, fa osservare che dalla relazione risulta in modo indubbio il significato di fattore patogenetico fondamentale che a tale alterazione ematica deve essere attribuito, senza però per questo svalutare l'importanza degli altri fattori.

Fa inoltre osservare che dalla relazione risulta anche che vi possono essere casi di morbo costituzionale di Werlhof con splenomegalia ed altri senza, casi con dimostrata piastrinolisi intrasplenica ed altri senza e che queste varietà possono probabilmente in parte spiegare le divergenze fra i sostenitori della dottrina mielogena pura e quelli della dottrina splenogena pura.

Le differenze dei risultati ottenuti con la roentgenterapia nel m. costituzionale di Werlhof devono in gran parte essere attribuite alle diverse dosi usate.

Al dott. Lunedei risponde che allo stato attuale delle nostre conoscenze è difficile poter stabilire con precisione l'intimo meccanismo della contrazione della parete vasale, essendo ancora dibattutissima la questione della contrattilità di alcune costituenti cellulari della parete stessa.

Al prof. Pensa che ritiene non sufficientemente documentata la teoria cromosomica in rapporto ai problemi dell'eredità, risponde che non poteva trattare la questione, da un punto di vista generale, ma che si è limitato ad esporre quella teoria che oggi è ammessa dalla maggior parte degli studiosi per spiegare l'ereditarietà dell'emofilia.

Ringrazia il suo maestro prof. Castellino per le benevole affettuose espressioni e riconosce l'importanza fondamentale dei caratteri costituzionali per le due malattie delle quali si è occupato nella relazione.

Al prof. Licciardi dice di non avere dati sufficienti per stabilire se il processo morboso da lui studiato possa rientrare nel gruppo delle diatesi.

Comunicazioni.

VILLA L. (Milano). — *Diatesi emorragica e tbc. nodulare della milza.* — Riferisce il caso di un paziente di 38 anni nel quale, dopo prodromi banali durati un paio di mesi, si manifestò una forma morbosa altamente febbrile a tipo infettivo acuto, con anemia intensa e splenomegalia. Comparvero in seguito emorragie gengivali, nasali, intestinali, renali, quindi estesa porpora cutanea, mentre l'esame del sangue dava leucopenia con linfopenia, scarsi elementi immaturi della serie rossa e bianca, piastrinopenia (19.000) tempo di emorragia protratto, di coagulazione normale. All'autopsia fu trovata diatesi emorragica acuta con manifestazioni generali, secondaria a tbc. cronica fibrocaseosa delle linfoghiandole e nodulare della milza, a tbc. miliare acuta terminale. L'O. ritiene che come causa determinante della sindrome emorragica, può forse aver valore la esplosione di una tubercolosi miliare con conseguente turbamento della funzione dinamica nei capillari. Quest'ultimo fattore, studiato mediante la capillaroscopia, pare abbia notevole importanza nel determinare, sotto lo stimolo di agenti diversi, le manifestazioni della porpora emorragica.

ARRIGONI A. (Milano). — *L'impiego dell'antigene biliare nella sierodiagnosi della sifilide.* — L'O. ha cercato di controllare i risultati ottenuti dal Michaelides il quale ha sostituito, nella preparazione degli antigeni per la reazione di Wassermann, alla colesterina e alla alecitina, la bile di bue.

L'O. ha adoperato tale metodo in un lotto di 100 individui (sia soggetti sani, sia affetti da altre malattie, sia luetici non sottoposti al trattamento specifico, oppure in corso di cura o a cura ultimata) eseguendo per gli opportuni confronti la R. di W. con la tecnica originale e la R. di Meinike. In base alle sue ricerche però può affermare che l'impiego dell'antigene biliare nella sierodiagnosi per la lues è recisamente da sconsigliarsi.

ARRIGONI A. e BOATTINI G. (Milano). — *Ulteriori osservazioni sui distillati di ghiandole a secrezione interna.* — Gli OO. hanno cercato di vedere l'azione dei distillati di ghiandole a secrezione interna e precisamente di tiroide, di paratiroide, di ovaio, ma per ora riferiscono i risultati ottenuti con quest'ultimo. Scopo delle loro ricerche è stato quello di vedere se il distillato ovarico iniettato nel ratto femmina castrato è

capace di determinare la comparsa o meno dell'estro. In base ai risultati ottenuti, quantunque le loro ricerche siano ancora incomplete, sono indotti a ritenere molto probabile la distillabilità dell'ormone ovarico o almeno di quella frazione di ormone ovarico che è capace di provocare l'estro nell'animale castrato.

MARCANTONI F. (Pisa). — *L'azione delle vitamine nelle diatesi emorragiche.* — L'O. ha voluto vedere i rapporti tra gli stati emodistrofici e le vitamine, proponendosi sopratutto di fare il controllo clinico sull'azione delle vitamine sull'emofilia. Ha adoperato i composti calcio-vitaminici Llopis in due casi, un bambino affetto da emofilia e un giovane affetto da porpora emorragica, nei quali aveva determinato prima della somministrazione il conteggio dei globuli rossi, dei globuli bianchi, delle piastrine, il valore globulare, la coagulabilità sanguigna ecc. ed infine anche il metabolismo del calcio e del potassio.

Ripetute le ricerche a distanza di 15-30 giorni, dalla somministrazione delle vitamine, potè constatare un aumento dei gl. rossi, dei gl. bianchi e delle piastrine, un aumento pronunciato del calcio al quale corrispondeva una diminuzione del potassio, senza notare alcuna variazione nella formula leucocitaria, nella resistenza globulare. Un fatto importantissimo rilevato fu invece che fin dai primi giorni dalla cura, fu notata una maggiore resistenza delle pareti venose all'introduzione dell'ago, resistenza che diminuiva in seguito alla sospensione della cura e si accentuava se si prolungava tale periodo.

L'O. discute poi i fenomeni rilevati e conclude dicendo che con un prodotto a base di vitamine emotrofiche, si riesce a stabilire nei suoi fattori fondamentali, calcemia e coagulabilità, l'equilibrio biochimico del sangue degli emofiliaci, durante la sua somministrazione.

GHIRON M. (Roma). — *Sulla terapia di alcune forme di diatesi emorragiche.* — Riferisce numerosi casi di m. di Verlhof costituzionali, mettendo in evidenza l'importanza della determinazione della quantità di fibrinogeno, importanza notevole e maggiore del fattore piastrine, non indispensabile per una perfetta coagulazione. Su questo dato di fatto l'O. riferisce dei buoni risultati ottenuti coll'iniezione di peptone nella quantità di 0,5 gr. pro die. Inoltre l'O. riferisce casi di diatesi emorragiche ereditarie, in donne, del tipo descritto da Vidal, col nome di emogenie, nelle quali ha avuto buoni risultati coll'irradiazione delle regioni ovariche, terapia che viene consigliata dal fatto che tali ammalate presentano una tregua alla loro diatesi nel periodo della gravidanza e dell'allattamento, ossia nel periodo di latenza della funzione ovarica.

SCHIASSI F. (Bologna). — *Porpora emorragica e splenectomia.* — Riferisce due casi di m. Verlhof, uno dei quali splenectomizzato. Il primo caso riguarda una donna, giovane, con imponenti e generalizzate emorragie (genitali, nasali, fondo dell'occhio) ed anche meningee. La sindrome era recidivante, ed in tale occasione comparivano netti i comuni fenomeni provocabili (segno del laccio, ritardo di coagulazione, ecc.). Nelle recidive non solo si aveva scomparsa completa delle piastrine, ma anche altri fenomeni importanti, quali leucopenia con notevole diminuzione dei granulociti nella formula leucocitaria.

Nella serie rossa, anche nei momenti di più grave anemia, non esistevano evidenti segni di rigenerazione. Clinicamente vi era splenomegalia, febbre e la reazione di Wassermann positiva.

Il secondo caso, malgrado un reperto ematologico molto più grave del precedente, non ha tuttavia presentato ancora i sintomi allarmanti del primo caso, per il quale l'O. si decise ad indicare la splenectomia.

Eseguita la splenectomia, a solo un giorno di distanza dall'intervento si ebbe subito la ricomparsa delle piastrine in numero quasi normali, che dall'inizio della malattia erano completamente scomparse, insieme ad una leucocitosi piuttosto intensa che in seguito man mano tornò ai valori normali.

L'osservazione protratta per tre mesi ha fatto constatare la scomparsa completa della sindrome. Da ciò devesi logicamente dedurne che la milza eserciti un freno eccessivo su tutte le funzioni midollari.

GABBI (Parma) domanda quale era lo stato della paziente nell'intervallo delle recidive e quali rimedi avesse adoperato l'A.

SCHIASSI. — Risponde dicendo di aver tentato, prima di intervenire, tutti i mezzi comuni (raggi X, coaguleno, e nella seconda inferma perfino la castrazione) senza alcun risultato. Il miglioramento delle crisi avveniva spontaneamente e conclude insistendo che egli, dopo tale osservazione, non esiterebbe più ad indicare la splenectomia nel m. di Verlhof.

CESA BIANCHI. — Si dichiara fautore della splenectomia, e cioè può affermare per i risultati veramente soddisfacenti ottenuti in casi di m. di Verlhof in seguito all'intervento.

Seduta pomeridiana, ore 15, 19 ottobre.
Presidenza: Prof. GABBI.

Vaccinazioni antitifiche nell'esercito.

Relazione del Ten. Col. Medico ALFREDO GERMINO
Capo del Laboratorio di Biologia di Napoli
Docente di Patologia Medica.

Il numero dei casi di febbre tifoidea e d'infezioni paratifiche verificatisi in Italia nel 1926, in notevole aumento su quello dei casi denunziati nell'anno precedente, come rilevasi dal Bollettino delle malattie infettive del Regno, n. 27, nonchè l'obbligatorietà della vaccinazione antitifica, recentemente estesa per decreto ministeriale ad alcune categorie della popolazione civile, hanno ridato al problema della vaccino-profilassi quasi ca-

rattere di attualità, benchè il problema stesso conti già molti anni di vita e vanti risultati intesi favorevolmente, se non in senso unanime, certo da numerosi studiosi e sperimentatori di ogni paese.

Senonchè, mentre quasi tutti aderiscono al principio di vaccinare quelle grandi collettività che costituiscono gli eserciti e le armate, molti pensano che non si possa estendere ed imporre alla generalità della popolazione civile la pratica vaccinale, che così come finora praticata, ostacola per alcuni giorni la vita consueta, deve essere ripetuta a distanza non ancora precisata, certo non molto lunga, senza che dia assoluta certezza di solida immunità in tutti i vaccinati, allorchè grandi risultati si possono nella profilassi delle forme tifoidee sempre ritrarre dalle misure generali.

Vi sono ancora degli altri il cui giudizio è discorde sul tipo del vaccino da adoperare e sulla via da seguire; ed ancora alcuni, pochi, che negano alla vaccinazione antitifica qualsiasi valore reale di difesa.

La vaccinazione preventiva contro le forme tifoidee è ritenuta anche oggi fra le più efficaci misure profilattiche per premunirsi contro il contagio, o limitarlo quando esso siasi determinato. Il metodo è nato allorquando le ricerche di laboratorio potettero dimostrare che si riuscivano ad immunizzare contro il tifo animali recettivi.

Questi fatti uscirono dai confini del laboratorio quando Pfeiffer e Kolle da un lato, e Wright dall'altro, dimostrarono, nel 1896, che le inoculazioni di materiali batterici determinavano negli animali così trattati, la produzione di anticorpi (agglutinine, batteriolisine ecc.) analoghi a quelli che si potevano mettere in evidenza nel siero d'individui guariti da una febbre tifoidea di recente sofferta.

Gli esperimenti furono allora estesi agli uomini e confermarono ciò che le ricerche avevano fatto constatare negli animali. Wright condusse le indagini senza tregua, ed a lui spetta il merito incontestabile di aver allora esteso l'applicazione del metodo al maggior numero di uomini e di aver così contribuito a stabilire le basi pratiche della vaccinazione antitifica.

Nel 1912 e nel 1913, durante la guerra libica, la vaccinazione antitifica fu introdotta nel nostro esercito, specie fra le truppe operanti; fu poi resa obbligatoria per tutti i reparti con la legge 29 marzo 1917.

Le prime vaccinazioni furono fatte con vaccini acquosi, con materiale preparato sia col metodo di Wright-Leishman, di Pfeiffer e Kolle, che con quello all'etere di Vincent; praticando tre iniezioni sottocutanee successive, con l'intervallo di circa sette giorni l'una dall'altra.

I risultati allora ottenuti furono ottimi, come riferì il generale Ferrero di Cavallerleone, poichè di fronte ad una morbilità del 35,3 ‰ nei non vaccinati si scese al 7,2 ‰ col vaccino tipo Kolle-Pfeiffer ed al 0,3 ‰ con quello tipo Vincent.

Al Congresso internazionale di Medicina di Londra del 1913, la questione della vaccinazione antitifica fu messa all'ordine del giorno, e Russel, W. Leishman, Ferrero di Cavallerleone, Broughton, Alcock, Calcagno e Vincent, comunicarono importanti dati statistici che confermavano la bontà del metodo.

La riunione del Congresso segnò una data importante nella storia della vaccinazione preventiva, che dovunque applicata, aveva dato risultati così favorevoli, che Leishman ritenne fin d'allora la questione come risoluta, facendo solo delle riserve sulla necessità di apportare nuovi perfezionamenti al vaccino da adoperare.

Ma è stata la grande applicazione della vaccino-profilassi e i suoi risultati su milioni di uomini durante la guerra mondiale, che hanno stabilito in maniera indiscutibile l'alto valore di questo metodo come arma preventiva. In tutti gli eserciti belligeranti la vaccinazione, resa obbligatoria per le truppe, ha ridotto ad un grado infimo la morbilità e la mortalità per febbre tifoidea e per infezioni paratifiche, malattie che sono state in precedenza sempre elevate nei periodi di ostilità, specie se prolungati.

Durante l'ultima guerra la vaccinazione antitifica fu iniziata nelle nostre truppe sul finire del 1915, fu completata nel 1916 e ripetuta poi negli anni successivi. S'impiegò sul principio idrovaccino monovalente, col solo bacillo di Eberth, successivamente, avendo le ricerche batteriologiche rivelato nelle truppe in zona di operazioni la diffusione delle infezioni paratifiche B ed A, si arrivò gradualmente ad impiegare il vaccino bivalente (T-B), ed infine il trivalente (T-A-B).

Per mezzo della vaccino-profilassi si ottenne nell'esercito un notevole progressivo abbassamento della morbilità per febbre tifoidea e forme paratifiche, che dal 17,9 ‰ nel 1915, discese al 12 ‰ nel 1916, al 2,6 per mille nel 1917 ed all'1,3 per mille nel 1918, epoca nella quale la vaccinazione era stata completata ed era stato impiegato il vaccino trivalente. Nei tifosi vaccinati la mortalità fu molto meno elevata che nei non vaccinati e la durata della malattia risultò notevolmente abbreviata.

Tali risultati fecero sì che la vaccinazione antitifo-paratifica fosse non solo continuata dopo l'armistizio fra le truppe, ma che s'iniziasse ad estenderla alle agglomerazioni civili.

Tuttavia la triplice vaccinazione con gl'idrovaccini ha presentato anche i suoi inconvenienti, che per l'esercito non sono per niente trascurabili: la necessità del riposo ai vaccinati dopo ogni iniezione, e quindi la non rapida disponibilità dei contingenti, specie in periodi di azione, il doverla ripetere per tre volte a notevole intervallo di tempo, la difficoltà che ne deriva di praticare regolarmente tutte e tre le vaccinazioni, le reazioni locali e generali ripetute e mal sopportate dai soldati. Per il complesso di questi motivi le nostre Autorità militari ritennero preferibile addivenire ad una vaccinazione unica, resa possibi-

le dall'impiego di un vaccino in veicolo oleoso, lipovaccino misto (T-A-B), sul tipo di quello fabbricato in Francia da Le Moignic e Pinoy, lipovaccinazione che è stata adottata per l'esercito con circolare ministeriale del 20 febbraio 1920, in sostituzione delle precedenti; essa viene di regola praticata alle reclute al loro arrivo al reggimento, circa 30 giorni dopo la vaccinazione antivaiolosa.

La morbilità nell'esercito per febbri tifoidee ed infezioni paratifiche da un minimo del 0,2 per mille raggiunto nel 1919, risale gradualmente al 0,5 per mille nel 1920, al 2,8 per mille nel 1921, al 2,7 per mille nel 1922, al 2,2 per mille nel 1923, al 4,0 per mille nel 1924, al 2,75 per mille nel 1925 ed al 5,0 per mille nel 1926.

Questi dati ci permettono di rilevare fra l'altro, un progressivo aumento negli ultimi quattro anni nella percentuale del numero dei colpiti, che a volte segue quasi quello verificatosi, per lo stesso periodo, nella popolazione civile del Regno.

È probabile che molte e varie, per quanto non sempre tutte identificabili, possano essere le cause di tale aumento generale della morbilità per febbri tifoidee; tuttavia mi domando: se l'aumento della morbilità nella popolazione civile avviene per quel tale complesso di cause conosciute o non che siano, perchè tale aumento si determina anche nell'esercito il quale partecipa, è vero, delle stesse condizioni ambiente della popolazione civile, ma a differenza di questa, è sottoposto ad uno speciale trattamento vaccinale profilattico, attuato con il lipovaccino misto (T-A-B), sul tipo di Le Moignic e Pinoy?

Che se poi, per poco che variino le condizioni ambiente, e le truppe dopo disagi e fatiche, durante sbalzi bruschi di temperatura e variazioni atmosferiche, vengano a contatto di una sorgente d'infezione, allora le cose cambiano a tal punto che nel 1924 e nel 1925, si sono dovuti lamentare alcuni episodii epidemici non privi d'importanza, registrati ed illustrati nelle relazioni ufficiali sul servizio igienico profilattico nell'esercito.

Nel 1925 le vaccinazioni antitifiche vengono eseguite presso tutti i corpi e reparti dell'esercito con lo stesso tipo di lipovaccino, estendendole ad un totale di circa 195,000 uomini; viene per la prima volta applicata nel Corpo d'armata di Roma l'enterovaccinazione alla Besredka a circa 8000 uomini. I suoi risultati immunitarii accuratamente vagliati dalla Direzione centrale di sanità militare non furono ritenuti nettamente favorevoli, tanto che per le reclute della classe 1906 fu prescritta la sola lipovaccinazione.

La morbilità nel 1925 per infezioni tifoidee nell'esercito fu sensibilmente inferiore a quella dell'anno precedente, non mancano però dei piccoli episodii epidemici verificatisi nel territorio di alcuni Corpi d'armata: a Caserta, presso il 15° fanteria si ebbe un numero complessivo di 23 colpiti; nel Corpo d'armata di Milano presso il 4° alpini un totale di 42 colpiti e per ultimo, nel Corpo d'armata di Verona, presso il 3° artiglieria da montagna un numero di 24 colpiti.

Sono cifre globalmente modeste che mal si prestano per giudicare sulla efficacia delle eseguite vaccinazioni nell'anno.

La morbilità abbastanza alta raggiunta nel 1926 è ancora oggetto di studî e di ricerche che si conosceranno appena ultimati.

***

Se può esser vero quanto disse Belfanti, che nessuno ha preteso nè si poteva pretenderlo, che la vaccinazione cancellasse il tifo dal novero delle epidemie, non si deve d'altra parte negare, che se le cose debbono giudicarsi alla stregua dei fatti riferiti, la vaccinazione così come è praticata non riunisce in sè il maggior numero di elementi atti a conferire una immunità utilizzabile.

Il fatto osservato fin dalle primissime esperienze di Wright, che non tutti i vaccinati erano sicuramente e perfettamente immunizzati, non modificherebbe le conclusioni dianzi espresse, perchè se esso è contenuto entro alcuni limiti percentuali, rientra nel campo, non del tutto noto della variabilità dei fenomeni biologici in genere, per i quali non è ancora possibile enunciare delle leggi, ma attenersi a delle regole che ammettono anche le loro eccezioni. Tuttavia la pratica della vaccinazione antitifica prima e durante la grande guerra aveva sorpassato tale fase d'incertezza e di perplessità nei risultati da raggiungere; e se delle riserve potevano farsi, queste furono fatte dal Leishman fin dal Congresso di Londra del 1913, allorchè egli si pronunziò del tutto favorevole sulla efficacia del metodo profilattico, salvo a migliorare il tipo del vaccino e la tecnica della vaccinazione.

Allora e dopo si sono usati gl'idrovaccini, da noi sostituiti in seguito dai lipovaccini per le ragioni dette in precedenza. Solo che si rivolga l'attenzione, un pò più davvicino, a questo tipo di vaccino adoperato, non dovrebbe esser tanto difficile orientarsi su di un problema che appare così controverso.

Che nella guerra libica e nella guerra mondiale la vaccinazione antitifica, praticata con gl'idrovaccini a più riprese, abbia avuto il modo e l'occasione, e non soltanto da noi, ma anche presso gli altri eserciti, di arrestare sicuramente sul nascere epidemie tifiche e limitarne il contagio, è fatto quasi universalmente riconosciuto.

Nella storia e nella esperienza recenti della lipovaccinazione antitifica, alcuni degli episodi riferiti vanno ricordati non per altro, perchè somigliando di più a quelli che sono soliti a verificarsi nelle truppe in campagna, non ci lasciano del tutto tranquilli sulla efficacia della immunità conferita dal lipovaccino usato; per quanto su tale giudizio vadano fatte le stesse riserve che faceva Belfanti nel 1915 sugli idrovaccini, giustamente concludendo che i dati migliori sull'efficacia delle vaccinazioni potevano solo aversi dalle grandi cifre globali, e che i risultati statistici parziali erano da prendersi con riserbo.

Finora i varî metodi di vaccinazione adoperati, possono raggrupparsi secondo Lustig nei seguenti gruppi; li enumererò brevemente sorvolando sui dettagli conosciuti.

1) Vaccinazione con culture attenuate:

a) metodo Castellani: brodocultura di 24 ore, attenuata alla temperatura di 50° (per 50-60 minuti);

b) metodo di Metchnikoff e Besredka: bacilli vivi sensibilizzati mediante siero specifico.

2) Vaccinazione con culture morte:

a) metodo di Wright: brodoculture di 24-48 ore, scaldate a 53° (per 70 minuti);

b) metodo di Pfeiffer e Kolle: agarculture di 18-20 ore emulsionate in soluzione fisiologica ed ed uccise mediante riscaldamento per un'ora a 60°, indi fenicate col 0,5 % di fenolo;

c) metodo di Vincent: autolisato di bacilli viventi, coltivati in gelatina per 24-48 ore e messi in sospensione fisiologica, indi uccisi con l'etere.

3) Vaccinazione con estratti bacillari: (non sono stati finora largamente sperimentati).

4) Vaccinazione con bacilli sensibilizzati: bacilli trattati con sieri immuni e perciò carichi di anticorpi che favorirebbero la lisi nell'organismo dei corpi batterici, le cui endotossine costituiscono l'antigene più utile, dovendo il siero acquistare proprietà antiendotossiche.

5) Lipovaccinazione secondo Le Moignic e Pinoy: bacilli uccisi in parte col calore a 60° e trattati in seguito con piccole quantità di essenze antisettiche (eugenolo), sospesi in veicolo oleoso, vaccino che presenterebbe sugli idrovaccini diversi vantaggi, fra i quali quello della ipotossicità, della iniezione unica, della più lunga conservazione ecc.

6) L'enterovaccinazione alla Besredka: con la quale si mira ad attuare la vaccinazione locale della mucosa intestinale (nel caso particolare delle infezioni tifo-paratifiche). Essa si pratica mediante ingestione al mattino a digiuno, di tavolette compresse di germi uccisi, contenenti 12 miliardi di bacilli del tifo, 6 miliardi del bacillo paratifo A, e 6 miliardi del bacillo paratifo B; a giorni alterni, facendo precedere di mezz'ora l'ingestione di bile secca in pastiglie, che liberando l'epitelio intestinale dal muco che lo ricopre, faciliterebbe l'azione locale del vaccino.

***

Di tutti i metodi enunciati mi occuperò solo della lipovaccinazione attualmente in vigore presso le nostre truppe, e dell'enterovaccinazione in seguito.

Il metodo risale al 1916, quando in Francia, Le Moignic e Pinoy comunicarono alla Società di Biologia di aver preparato un nuovo tipo di vaccino antitifico, il lipovaccino misto T-A-B, il cui concetto si fondava sulla ipotesi che l'eccipiente oleoso rallentasse l'assorbimento dei bacilli nei soggetti iniettati attenuandone i loro effetti tossici; e la cui preparazione consisteva nell'incorporare bacilli tifici e paratifici uccisi ad una miscela di lanolina ed olio di vaselina.

La tecnica di tale preparazione fu oggetto di uno studio speciale, ma non tutti i suoi dettagli sono stati comunicati; si sa però che ogni centimetro cubico (dose vaccinale) contiene 7 miliardi di germi (2 miliardi e 600 milioni di bacilli di Eberth, 2 miliardi e 275 milioni di bacilli paratifici A e 2 miliardi e 275 milioni di bacilli paratifici B); e che per la sterilizzazione del b. tifico si è adoperato il calore a 57° per un'ora e per i paratifi la sterilizzazione mista, cioè il calore a 57° come per il tifo, più l'aggiunta all'eccipiente oleoso di una piccola quantità di essenza antisettica, incapace per sè sola di uccidere i germi, anche agendo in modo prolungato, ma che rende più completa la sterilizzazione della miscela, nella quale i paratifi mostrerebbero una maggiore resistenza a lasciarsi uccidere alla stessa temperatura adoperata per il tifo, e meno denaturante il potere antigene complessivo dei germi stessi.

Nel tipo preparato dal Laboratorio batteriologico della Sanità pubblica il numero dei germi per centimetro cubico (dose vaccinale) è di 4 miliardi di bacilli tifici, 2 miliardi di b. paratifici A e 2 miliardi di b paratifici B; mentre che in quello preparato per uso della R. Marina dallo stesso laboratorio, il numero dei bacilli per centimetro cubico (dose vaccinale) è di un miliardo di bacilli tifici e di mezzo miliardo per ciascuno dei due paratifici.

Sulla natura del veicolo oleoso, si sa che il Laboratorio batteriologico della Sanità pubblica impiega un composto di olio di mandorle col 5 % di lanolina; e che il vaccino fornito dallo stesso alla R. Marina è un glicero-vaccino preparato secondo il metodo di Castellani.

Per quello preparato da altri Enti Siero-vaccini produttori, non si conosce, almeno in linea ufficiale, nulla di preciso, all'infuori che trattasi di *liquido oleoso e denso*.

Per i lipovaccini fabbricati nel 1927, le cose dovrebbero esser cambiate, perchè per quanto l'Istituto Sieroterapico Milanese mantenga nelle istruzioni per l'uso, annesse alle scatole del lipovaccino T-A-B le stesse dosi di germi e la stessa dicitura di *liquido oleoso e denso*, pur tuttavia una stampigliatura avverte che trattasi di un « nuovo tipo »; la innovazione introdotta non è fatta nota.

Per il lipovaccino misto T-A-B fornito dall'Istituto Sieroterapico Nazionale di Napoli, ed impiegato nell'anno in corso su parte delle truppe del X Corpo d'armata, la dicitura si limita ad enunciare che trattasi di « *emulsione oleosa di bacilli* », senza che essa appaia perciò più espansiva delle precedenti.

Questi erano su per giù i dati sui quali potevamo fondare, allorchè la Direzione Centrale di Sanità Militare affidò ad alcuni di noi il còmpito di ristudiare il problema della vaccinazione antitifica, lasciando a ciascuno ampia facoltà di trattare l'argomento nel modo che sembrasse migliore, sia sperimentale che clinico.

***

È noto che le prove dell'efficacia della vaccinazione antitifica preventiva sono date da constatazioni di laboratorio e dalle statistiche sulla morbilità e mortalità tifiche, osservate comparativamente in individui vaccinati e non vaccinati.

La prima fase delle nostre ricerche si è estesa finora alle sole constatazioni di laboratorio.

Va premesso che la Direzione Centrale di Sanità Militare aveva stabilito che le reclute della classe 1907 del Corpo d'armata di Napoli fossero vaccinate con prodotti fabbricati dal locale Istituto Sieroterapico Nazionale, la maggior parte con lipovaccino misto T-A-B, mentre alcuni reparti lo fossero con enterovaccino sia in forma sciropposa che in pastiglie compresse (enterovaccinazione alla Besredka), ed altri uomini ancora con l'enterovaccino dell'Istituto Sieroterapico Milanese.

Si presentava allora l'occasione di praticare l'esperimento su di un numero cospicuo di uomini, ma bisognava per ovvie ragioni limitarsi ad un solo tipo di ricerca, che estesa a tanti individui, potesse servire in secondo tempo come base per il prosieguo delle indagini cliniche ed epidemiologiche.

La ricerca ha mirato alla messa in evidenza ed alla successiva valutazione del solo potere agglutinante nei sieri dei vaccinati, in qualunque guisa lo fossero stati (idrovaccini, lipovaccini, enterovaccini ecc.) nè starò qui a dilungarmi molto sul criterio che hanno fatto preferire sugli altri tale tipo di ricerca. Si voglia o non attribuire alle agglutinine valore di fattore immunitario, non si può negare quello di rappresentare almeno dei testimoni di una modificazione umorale dell'organismo, sia in seguito all'infezione in atto o sofferta, che al trattamento vaccinale praticato.

Agglutinine danno: il siero di sangue d'individui affetti da tifoide in atto, quello di guariti, quello di vaccinati, qualunque siano le condizioni di tempo e di modo nelle quali il fenomeno abbia la possibilità di esplicarsi.

È ammesso e dimostrato da molti che il potere agglutinante si esplichi anche quando sono presenti nel siero di sangue altri fattori, ai quali si vuole attribuire maggiore importanza nel meccanismo immunitario (potere battericida, batteriotropico, batteriolitico ecc.) non importa gran che, se pur presente, esso non sempre proceda di pari passo con essi; nè può affermarsi in senso assoluto che esso sia destituito di qualunque valore indice della gravità dell'infezione, allorchè si voglia tener presente che spesso manca nei casi gravissimi ad esito letale, e si rivela quasi sempre in quelli che evolvono in guarigione.

Altro è dire che l'immunità sia costituita dal fenomeno agglutinante, da solo od in modo preponderante, e credo che ben pochi lo abbiano pensato o lo pensino tuttora, altro è dire che il potere agglutinante non possa rappresentare uno dei segni del grado d'immunità; a rigore di termini ciò non potrebbe neanche sostenersi per nessuno degli altri anticorpi più o meno dosabili in vivo od in vitro.

Alle agglutinine non si negò un certo favore quando si trattò di accreditare i primi tipi di vaccini, gl'idrovaccini alla Wright, alla Pfeiffer-Kolle, alla Vincent ecc., i quali come si è provato, malgrado i loro inconvenienti conferivano una sufficiente immunità. Se nonchè, si è visto che un pò a screditare le agglutinine contribuì specialmente il lipovaccino vecchio tipo, diciamo così per intenderci; si è detto e giustamente che il lipovaccino T-A-B (vecchio tipo) dava scarsissima quantità di agglutinine, e che a volta non si riscontrano in modo assoluto subito dopo la pratica vaccinale; ma quasi a voler salvare un pò il prestigio del vaccino stesso, si disse pure che ciò non infirmava il suo valore profilattico, aggiungendo che il fenomeno troverebbe riscontro nelle più recenti opinioni, secondo le quali l'agglutinazione non starebbe più a rappresentare una reazione d'immunità, bensì d'infezione.

Nei rapporti fra antigeni, anticorpi ed il complesso immunità risultante, è opinione di molti che il processo dell'agglutinazione non possa essere deliberatamente svalutato.

Le agglutinine si legano ai corpi batterici secondo le leggi dell'adsorbimento, ed i noti studi di Eisenberg e Volk hanno dimostrato che i batterii fissano una quota proporzionalmente maggiore di agglutinine da una diluizione meno concentrata che non da una più concentrata; e si è potuto calcolare la formula della curva di fissazione delle agglutinine che corrisponde proprio a quella di Freundlich per i fenomeni di adsorbimento.

Mentre la sospensione batterica prima della fissazione degli anticorpi si comporta come un colloide emulsoide, e non è flocculato dagli elettroliti in bassa concentrazione, dopo la fissazione delle agglutinine quella sospensione è come denaturata, ha acquistato il carattere di sospensione non protetta, di un suspensoide, ed è sensibilissima agli elettroliti, tanto che bastano quelli della soluzione fisiologica per floccularia.

Fra le due fasi dell'agglutinazione, quella della fissazione dell'anticorpo e quella della comparsa della modificazione chimico-fisica, s'intercala un processo misterioso per il quale la concezione geniale e puramente chimica di Ehrlich conserva tutto il suo valore espositivo ed illustrativo sulla specificità della reazione fra antigeni ed anticorpi. Essa in questo caso va orientata verso le non meno misteriose funzioni ed attività dei proteici; e le interessanti ricerche di Barinetti sono lì a confermare che il potere agglutinante specifico dei sieri è una funzione delle proteine liofobe di Ruppel, globuline che precipitano nelle soluzioni povere di elettroliti.

Abbiamo tanto premesso per indicare come anche il potere agglutinante prescelto a quale elemento discriminante delle nostre ricerche, è stato assunto, malgrado le riserve derivanti dall'atmosfera di relatività che lo circonda, quale un ele-

mento che vantando delle benemerenze, si prestasse più degli altri a farci saggiare l'attività dei vaccini antitifici già in uso, ed a modellarne e plasmarne degli altri verso di esso più attivi.

Pare che i risultati ottenuti abbiano corrisposto alle nostre aspettative.

Le ricerche sperimentali iniziate presso il Laboratorio di biologia medica dell'Ospedale militare di Napoli, sono continuate per un periodo di quattro mesi, dal giugno a tutto settembre 1927, e si sono estese a 420 uomini appartenenti a varî reparti della guarnigione di Napoli.

Le esperienze sono state condotte secondo tutti i dettami di tecnica in uso ed i risultati vagliati secondo la maggiore obbiettività. Le ricerche si sono susseguite su gruppi di 30 uomini ciascuno, qualche volta di 60, e quasi sempre nelle stesse condizioni, ricercate ed ottenute con cura.

Ciascun individuo ha subìto il salasso preventivo ed il trattamento vaccinale nello stesso giorno; poi il salasso consecutivo dopo un numero di giorni eguale per ciascun gruppo e per ciascun vaccino usato. I salassi e le vaccinazioni sono stati eseguiti il mattino a digiuno; la reazione agglutinante è stata praticata su sospensioni batteriche in soluzione fisiologica sterile al 0,85 %, la cui agglutinabilità era preventivamente saggiata con sieri ad alto titolo e di provenienza diversa.

Le diluizioni del siero sono state condotte secondo le norme classiche volumetriche e le prove in serie delle diluizioni progressive più sospensione batterica, sono state esaminate dopo una permanenza di 24 ore in termostato a 37°; i risultati registrati allorchè macroscopicamente netti.

È stato assunto per tutti, come valore medio del tasso agglutinante la diluizione 1:100, sia perchè è stato difficilmente raggiunto nelle prove positive di agglutinazione preliminare, sia perchè i salassi consecutivi erano fatti succedere alla vaccinazione dopo un periodo minimo, calcolato per i diversi tipi di vaccino, da 8 a 15 giorni.

I risultati delle nostre esperienze finora dimostrerebbero, ed ancor più se verranno confermati, che è bastato variare il veicolo oleoso, considerando inalterati gli altri fattori, perchè sia cominciata a comparire nel siero dei lipovaccinati la reazione agglutinante, la cui variazione percentuale, per un determinato tasso, ha seguìto molto davvicino la natura dell'eccipiente adoperato.

Scartato a priori l'eccipiente minerale (olio di vaselina) per i noti insuccessi avuti dagli altri, confermati anche da noi, e saggiate le attività dei vaccini preparati con alcuni olii vegetali ed olio di fegato di merluzzo, si è visto che i risultati migliori erano dati dalle miscele olii vegetali più olio di fegato di merluzzo.

Il fatto non sembra privo d'interesse, perchè fa pensare che il centro di gravità, per così dire, tende a spostarsi nel processo d'immunizzazione verso la concezione di un più attivo intervento dei lipoidi nella funzione antigena.

I lipoidi come è noto, sono composti che hanno in comune la proprietà di essere solubili nei narcotici della serie alifatica; essi infatti per struttura chimica non presentano caratteri tali da poter costituire un gruppo omogeneo e distinto, nel quale sono compresi, ad esclusione dei grassi neutri, i fosfatidi, i cerebrosidi, un gruppo costituito da composti chimicamente non ancora ben definiti, e le colesterine.

Sebbene da tempo si sia ritenuto possibile considerare i lipoidi come antigeni, solo recentemente è stato possibile mettere in rilievo le condizioni nelle quali essi acquistano tale proprietà.

Lipoidi batterici, già legati alle proteine costitutive dei germi ed immersi con questi in un mezzo oleoso (olio di fegato di merluzzo) molto ricco a sua volta di altri lipoidi: ecco le condizioni verificatesi nei lipovaccini preparati con olio di fegato di merluzzo, cui corrisponde un'alta percentuale di potere agglutinante del siero degl'individui vaccinati.

Potrà discutersi sul modo di coniugarsi dei lipoidi del mezzo oleoso (lipoidi esogeni) a corpi proteici rappresentati dai germi, forse pel tramite degli stessi lipoidi batterici, ed un qualche sospetto nasce dal fatto che i germi inizialmente sospesi nel mezzo oleoso, raddensandosi in seguito, assumono l'aspetto di una massa di color giallo-marrone (probabile adsorbimento da parte dei batteri del lipocromo dell'olio di fegato di merluzzo e con esso dei costituenti lipoidei), e potrà riconsiderarsi se si sono verificate condizioni analoghe a quelle in cui altri si sono trovati, ma i fatti esposti sussistono.

Che negli anticorpi agglutinanti sia compresa una frazione antilipoidea, verso i lipoidi batterici, pare finora già messo in rilievo; che questa attività antilipoidea dei sieri possa essere accresciuta, anche se in modo non specifico, dalla introduzione associata, parenterale di altri lipoidi appartenenti al mezzo (veicolo oleoso), col risultato di rinforzare l'azione complessiva dell'anticorpo (agglutinante) sull'antigene, è un fatto che potrebbe sospettarsi dalla constatazione dei risultati avuti, sul quale tuttavia non m'indugierò oltre, per non rendere più oscuro un problema che tutti cercavamo di rischiarare.

Concludendo, ci è lecito affermare in quanto viene riconosciuto da più parti:

1) Che l'enterovaccinazione antitifico-paratifica alla Besredka, effettuata con pastiglie ed emulsioni sciroppose di germi, con o senza bile, non provoca nei vaccinati la comparsa in circolo di anticorpi sicuramente dimostrabili fra quelli già noti (agglutinanti, battericidi e batteriolitici).

2) Che ove mai nel prossimo avvenire potrà esser dimostrato che questa vaccinazione conferisce sufficiente immunità, la pratica vaccinale, per la facilità di somministrazione del vaccino, per l'assenza assoluta di reazioni post-vaccinali, per la sua innocuità, non avrebbe alcuna controindicazione e potrebbe essere attuata senza tema nel maggior numero dei soggetti.

3) Che il tentativo di vaccinazione per via tonsillare, per le modalità di sua esecuzione e per gli scarsissimi risultati agglutinanti parziali che ha dato, presenta per ora semplice valore di ricerca di laboratorio: salvo le deduzioni che potranno trarsi in seguito dal controllo epidemiologico.

4) Che i lipovaccini misti T.A.B., finora preparati con eccipiente di olio minerale (vaselina) I.S.M. (vecchio tipo) ed I.S.N. 1927, non hanno in genere dato luogo alla comparsa in circolo di anticorpi (agglutinanti, litici, ecc.) rivelabili con i mezzi attualmente in uso. Le rare eccezioni segnalate non infirmano questo giudizio globale, in quanto alcune si riferiscono a casi speciali, complicati dall'insorgenza di manifestazioni flogistiche locali (elaiomi).

È ammesso che essi diano ipersensibilità e che pertanto non siano stati sempre del tutto estranei nello influenzare in modo benefico il decorso della infezione tifoidea in un dato numero di vaccinati caduti ammalati.

5) Che i lipovaccini misti T.A.B., preparati con olii vegetali ed animali (di fegato di merluzzo), o vegetali ed animale insieme, in diverse combinazioni, danno luogo se iniettati negli uomini, alla comparsa di anticorpi agglutinanti; numerosi e con tasso elevato per tutti e tre i germi costituenti il vaccino, se si tiene presente che compaiono già fin dal decimo giorno dalla vaccinazione e che comparativamente essi sono di gran lunga più numerosi di quelli che compaiono con gl'idrovaccini alla stessa data.

6) Che le variazioni del tasso percentuale di agglutinazione in rapporto a ciascuno dei germi, pare siano influenzate dalla natura dell'olio adoperato; e che comparativamente le percentuali più alte per tutti e tre i germi siano state raggiunte, prima col lipovaccino doppio (arachide-merluzzo), associazione oleosa che non pare sia stata mai adoperata da altri, specie sull'uomo, poi con il lipo-merluzzo, segue il lipo-triplo (olii di olive, mandorle e merluzzo), ecc.

7) Che tutti i lipovaccini preparati con olii vegetali o di merluzzo, o vegetali e merluzzo insieme, hanno provocato modiche reazioni generali e trascurabili reazioni locali; nessun ascesso. È pertanto dimostrata la loro perfetta tollerabilità da parte dell'organismo umano.

8) Che il lipovaccino misto T.A.B. I.S.M. 1927, nuovo tipo, dà luogo alla comparsa in circolo di agglutinine, batteriolisine nonchè di potere battericida; che le percentuali di agglutinine non differiscono molto da quelle da noi riscontrate nei vaccini preparati con olii vegetali (olive, mandorle, arachide); tuttavia ci sono risultate comparativamente alquanto inferiori a quelle dateci dalle miscele arachide-merluzzo, merluzzo solo, ed olive, mandorle e merluzzo insieme.

9) Che i risultati ottenuti ci appaiono attendibili se confrontati con quelli degli altri sperimentatori.

10) Che infine ci appare abbastanza fondato ritenere che la sostanza oleosa, veicolo dei germi nel vaccino, non solo non sia indifferente di fronte alle proprietà immunizzanti dell'antigene, ma domina, a nostro debole parere gran parte del problema della lipovaccinazione.

Si ritiene infine che sia da preferirsi la confezione del lipovaccino in fiale contenenti la dose individuale. Si è più sicuri di somministrare, agitando le fiale prima dell'uso, una quantità più costante di materiale antigene in sospensione.

Senza pretendere di aver trovato nulla di nuovo, ci sembra che qualche ostacolo possa considerarsi rimosso, perchè la vaccinazione antitifica continui a percorrere la sua via benefica.

Il giudizio definitivo sulla bontà dei metodi e delle loro varianti nuove, spetta senza dubbio alla epidemiologia ed alla clinica; e tale responso attenderemo fiduciosi, e lieti se sapremo di non aver fatto finora opera vana.

La prima tappa sulla via additata dalla Commissione del Consiglio superiore di Sanità, sul finire della sua relazione al Consiglio stesso, è stata percorsa; e gli studi per migliorare la preparazione dei vaccini sono stati iniziati con fede e serena obbiettività.

Discussione della relazione.

ZIRONI. — Fa osservare che ipersensibilità ed iperrecettività si osservano in seguito a tutte le vaccinazioni come egli ha dimostrato fin dal 1925. Circa poi il fatto che a volte insorge l'ipersensibilità, a volte invece l'immunità egli non sa darne la ragione, nè crede che fin'ora sia stato spiegato.

Non crede esista parallelismo fra grado di immunità e forza di agglutinazione. Forse sarebbe utile studiare le agglutinine a piccoli fiocchi secondo Felix. Domanda poi all'O. se le differenze nel promuovere la formazione delle agglutinine dei vari vaccini, non possa dipendere in parte dalla diversa età del vaccino, e dalla maggiore o minore assorbibilità dell'antigeno, indipendentemente dal potere o meno di stimolare la formazione di anticorpi dell'eccipiente in sè e per sè, come l'O. prudentemente esprime.

FERRARO D. (Parma). — *Vaccinazione antitifica nella R. Marina.* — L'O. espone i risultati ottenuti con la vaccinazione antitifica nella R. Marina con i vari vaccini, mettendo in rilievo sopratutto i buoni effetti con il lipovaccino.

PRETI (Sassari). — A proposito dei dati statistici esposti dal relatore sul numero dei colpiti nei gruppi vaccinati non ritiene che sia mancata l'azione immune, mentre si domanda se tale azione non sia stata di breve durata. Durante la guerra tale effetto immunitario se anche breve ha dato risultati brillanti perchè è bastata quest'immunità anche breve a sterilizzare l'individuo, a liberare il suo organismo dai bacilli tifici o paratifici. Il valore della vaccinazione antitifica è legato alla durata dell'immunità che ne deriva. Ampia lode quindi va data alla Sa-

nità Militare che inspira studi per avere vaccini capaci di produrre il massimo prolungamento dell'immunità.

La vaccinazione, deve secondo l'O. continuarsi perciò e nell'esercito e nel campo civile.

CAPOGROSSI A. (Ascoli Piceno). — Su 1600 malati di tifo, la maggioranza vaccinati, l'O. ha potuto vedere che il decorso è stato sempre gravissimo, mentre emoculture sistematiche eseguite, rivelarono moltissimi stipiti di germi tifosi, che si differenziavano fra loro per alcuni caratteri culturali. L'O. afferma che anche dall'andamento clinico si vedeva in parecchi casi una certa diversità dal solito quadro del tifo, specialmente per le gravi cancrene da endoarterite e per gli itteri verso la fine della malattia. Crede che l'inefficacia di un vaccino possa dipendere dal non aver adoperato germi che sono la causa dell'infezione in un dato soggettto. Conviene con il prof. Pontano che l'agglutinazione non possa essere indice di immunità.

CESA BIANCHI (Milano). — In Milano circa 80 mila persone sono state vaccinate con l'enterovaccino. L'O. ha potuto osservare che la percentuale dei vaccinati colpiti dall'infezione è stata del 10 %. Ricorda invece l'azione del vaccino Löffler, da lui moltissimo adoperato, con risultati veramente brillanti.

DORIA (Roma). — Se è vero che il vaccino tifoso adoperato a scopo preventivo abbrevia la durata della malattia, l'O. ha osservato che le recidive sono più frequenti nei vaccinati che in quelli non vaccinati.

PONTANO (Roma). — Deve alcune obiezioni alle direttive seguite dal relatore nel compiere le sue esperienze per la scelta del vaccino da preferire. Egli ricorda che muore talora il tifoso con alto titolo di agglutinazione, che supera e talora anche la malattia leggera chi è sprovvisto di poteri agglutinanti del siero e che infine nei soggetti nei quali il vaccino aveva provocato agglutinine ad altissime dosi, dopo un mese il tasso delle agglutinine diminuisce notevolmente e quasi scompare. Le agglutinine non sono adunque l'esponente dei vaccinati, esse sono un segno di infezione e non possono costituire l'elemento rivelatore della utilità di un vaccino. Le ricerche dell'O. quindi non indicano il vaccino migliore, ma solo il vaccino capace di provocare la formazione di quantità maggiore di agglutinine, cosa ben differente di uno stato di difesa.

L'O. inoltre stima che laddove agglutinine non si sono formate, siano senz'altro da rifiutare i vaccini tentati. Egli rifiuta il lipovaccino, l'enterovaccino perchè non si mostrano capaci di produrre le agglutinine in circolo. Bisogna bene intendersi, anche quando i leucociti inglobano i germi del lipovaccino il fenomeno immunitario non può mancare. Tale obiezione non può essere considerata come una seria obiezione all'uso dei lipovaccini. Questi se debbono essere rifiutati, lo debbono su una base più persuasiva. E d'altra parte, i sostenitori degli enterovaccini, fondano l'uso di essi sulla difesa di barriera, che il relatore non ha nemmeno sfiorato, ricordando che esistono portatori senza agglutinine e pur difesi contro l'invasione del circolo. Scelto il vaccino perciò, resta il còmpito più difficile e di maggiore responsabilità che è quello di provarne l'efficacia. Wreigh nell'esercito inglese ha dimostrato la via esatta da seguire. Un lotto cioè di soldati vaccinati era assoggettato alla medesima condizione di infezione locale, nella quale venivano a trovarsi soggetti non vaccinati. La diretta e scrupolosa sorveglianza, le cifre esatte della morbilità sono l'esponente meno infido del valore del vaccino scelto. Prima che nelle popolazioni e nell'esercito sia diffusa una qualità di vaccino così scelta, è necessario un esperimento del tipo del Wreight.

MARASSINI (Bari). — In appoggio all'utilità della vaccinazione antitifica riporta alcune sue ricerche pubblicate durante la guerra, ma portata, come oggi si vuol fare, l'indagine nel campo scientifico con l'analisi dei meccanismi di difesa, l'O. ritiene che in ciò vi sia un vizio originale di ricerca, il quale farà perdere molto tempo senza ottenere risultati attendibili.

IZAR (Messina). — Afferma che la discussione è stata spostata, poichè il Relatore si è proposto di vedere quale fosse il migliore vaccino antitifico. Ha eseguito una serie di ricerche, e se dovesse attenersi a quanto ha affermato il Marassini, considerando che dopo un mese le agglutinine andavano scomparendo, dovrebbe dire che la vaccinazione non serve, mentre ha detto e ripete che serve. Le numerose statistiche straniere confermano che nei vaccinati il decorso clinico è benigno.

PEZZI. — In nessun modo ha potuto osservare che la vaccinazione prevenga all'infezione tifosa, e che l'andamento della malattia era identica nei vaccinati e in quelli non vaccinati.

Col. CASTELLANI. — L'efficacia della vaccinazione è stata efficacissima sia nella guerra di Libia che in quella europea. Se le cifre di mortalità sono aumentate molto probabilmente ciò è dovuto al cambiamento dei vaccini, fatti in questi ultimi tempi, per cui è consigliabile tornare a quelli già usati.

Col. CORRADI. — La grande utilità delle vaccinazioni antitifiche, praticate massivamente, sembra essere provocata da un'infinità di statistiche, specialmente inglesi, che di tali vaccinazioni hanno la pratica più antica. Solo da un paio di anni si discute sull'efficacia profilattica e ciò da quando si è usato un nuovo vaccino (lipovacino) che ha la proprietà di dare reazioni locali più o meno intense in alta percentuale, reazioni locali che possono alterare la natura del vaccino, considerato come antigeno, disturbarne l'assorbimento, ecc.

Col. CACCIA. — Le complicazioni locali in seguito all'uso di lipovaccino non sono così frequenti, come si dice, quando si osservi una tecnica scrupolosa. Seguendo infatti le norme appropriate, le localizzazioni possono ridursi al 5-6 %.

Col. TIRELLI. — Osserva che nell'ospedale di Padova nello scorso anno sono stati ricoverati molti casi di reazioni alle iniezioni antitifiche, non imputabili a difetto di tecnica, ipotesi da escludersi assolutamente dato il numero rilevante di iniezioni che vengono fatte dai medici militari, ma piuttosto a qualità del solvente. Si ebbero ascessi abatteri di natura chimica come quelli che si osservano a volte a scopo delittuoso con le iniezioni di petrolio o di benzina.

MARAGLIANO prof. E. (Genova). — Dice di avere seguito con grande interesse la relazione del col. prof. Germino e di esserne ammirato. È questo un lavoro che fa onore alla medicina militare. Esso dimostra che la Medicina Militare Italiana, dopo avere tanto contribuito alla affermazione dell'efficacia pratica della vaccinazione antitifica, oggi con metodi rigorosamente scientifici attende all'accertamento di quel vaccino che sia capace di dare i risultati migliori. Che se può essere discutibile il significato intimo delle varie stigmate biologiche segnalatrici del movimento immunitario, certo è che il loro valore quali indici se non strumenti di questo movimento, nello stato attuale delle nostre cognizioni deve essere ammesso.

Ma mentre si vanno compiendo studi e ricerche per afferrare il meccanismo intimo con cui i vari mezzi vaccinanti esplicano la loro azione, oggi dobbiamo fermarci sul fatto fondamentale rappresentato sulla efficacia pratica della vaccinazione preventiva antitifica. Questa efficacia è accertata dall'esperienza quale è risultata dalla vaccinazione di qualche milione di uomini fatta nelle armate delle differenti nazioni, con mezzi vaccinanti di origine diversa. Chi ebbe come l'O. l'onore di assistere al Congresso Internazionale di Medicina Militare a Roma, innanzi ai referti fatti dai rappresentanti ufficiali delle varie nazioni, l'Italia compresa, non può elevare il menomo dubbio. Vi è qualcuno che ne dubita? I dubitatori non mancano mai anche innanzi alle cose meglio dimostrate ed in materia di vaccinazione è noto, come quella Jenneriana, abbia ancora oggi dottrinari oppositori, fino al punto di vedere costituita in Inghilterra una associazione per combatterla. Ed a proposito dei dubbi d'ordine dottrinale, uno potrebbe scaturire da quanto il prof. Zironi ha veduto, cioè l'esistenza di un momento nel quale l'animale innestato diverrebbe pur sensibile all'infezione. È cosa che si vede spesso nel corso delle immunizzazioni e di sua natura molto transitoria.

Il prof. Zironi, biologo puro, di nota competenza e di indiscussa autorità, esponendo quanto aveva osservato, si è astenuto dal fare deduzioni. Egli, certo, ricordava la proposizione di Rónces, il quale disse che le questioni immunitarie devono essere circoscritte a quanto si vede in animali delle medesime specie e sottoposti alle medesime modalità di contaminazione. Evidentemente la specie uomo non è la specie cavie e coniglio e la contaminazione accidentale è ben diversa dalla contaminazione sperimentale.

Tutto questo l'O. fa osservare in via accademica, perchè innanzi al fatto universalmente constatato della efficacia immunizzatrice della vaccinazione antitifica, ogni quistione di natura dottrinale passa in seconda linea e quando le ricerche di laboratorio non concordano col fatto pratico, sono esse che restano infirmate non il fatto per sè nella sua incontestabile evidenza.

In materia di vaccinazioni preventive contro le malattie da infezione, devesi riconoscere che la loro efficacia non può essere accertata che dalle larghe applicazioni fatte sull'uomo. Ed una volta che il mezzo vaccinante, siasi rigorosamente accertato come innocuo, è necessario che la applicazione sia promossa dai governi, via via che se ne presenta la possibilità. È quistione, che, come già detto, va risoluta con metodo fascistico. Benito Mussolini superando tutti gli inciampi dottrinali, lo ha già fatto per la vaccinazione antitifica: è a desiderare che lo faccia via via per tutte le vaccinazioni preventive possibili. Così anche nel campo della salute pubblica il Duce avrà reso un grande servigio al paese, non solo, ma all'umanità.

Risposte del relatore.

Al prof. Zironi risponde confermando quanto espresso nella relazione letta, e conviene che la vaccinazione dia ipersensibilità ed iperecettività: la prima persiste più o meno lungamente, e si associa alla immunità che succesivamente si stabilisce al trattamento vaccinale. Ammette anche egli una fase di iperecettività però di breve durata, causa per alcuni di elevata morbilità, transitoria nel maggior numero degli altri casi e facilmente sorpassata dallo stabilirsi dello stato immune.

Non saprebbe dare alcuna nuova spiegazione sul fenomeno della ipersensibilità, fenomeno ancora così intimamente oscuro.

Circa i vaccini usati fa notare che essi erano di riconosciuta validità e di data non superiore ai quattro mesi della preparazione. Non si è valso del criterio discriminante per le agglutinine a piccoli e grossi fiocchi in quanto il fatto è ancora argomento di discussione controversa.

Riafferma il concetto espresso che, pur non costituendo le agglutinine un sicuro fattore di immunità esso è quasi sempre un testimone di una modificazione umorale spesso capace di rivelare uno stato di immunità costituitasi ed in via di affermarsi. Non crede di dare maggiori ragguagli sul meccanismo della funzione antigena dei lipoidi in quanto essa è tuttora soggetta ad investigazioni. È probabile che i lipoidi del mezzo, in unione con quelli batterici, esercitando un'azione chemiotattica positiva, verso i leucociti, permettano a questi ultimi accorsi sul focolaio di iniezione vaccinale di prendere parte notevole allo stabilirsi della immunità secondo le modalità fin'ora conosciute (azioni fermentative, intervento del sistema reticoloendoteliale, ecc.).

Al prof. Preti fa rilevare che la vaccinazione

durante la guerra fu fatta con idrovaccini e non con lipovaccini; ammette che l'immunità antitifica provocata artificialmente riesca in effetti transitoria, ma sufficiente per i fini proposti nelle collettività militari; un'immunità definitiva non la conferisce a rigore nemmeno la infezione sofferta. Sul problema dell'utilità della vaccinazione non ritiene di dimostrare di più, in quanto ne è stata confermata la indiscussa utilità negli eserciti; le cifre globali sono formidabili e del tutto rassicuranti.

Non può pronunciarsi sul modo come un vaccinato cessi per questa ragione di essere un portatore di bacilli; bisognava almeno ammettere che avesse contratta la malattia anche nella più benigna delle forme. È più ammissibile che se il vaccino presenta una quantità sufficiente dei vari anticorpi la infezione non abbia più probabilità di determinarsi.

È d'accordo nel ritenere che la pratica vaccinale *per os* non possa come finora è attuata, conferire una immunità molto notevole; se immunità c'è risulterà alle prove epidemiologiche.

Al prof. Pontano fa omaggio per l'alta e ben discussa competenza nell'argomento e lo ringrazia per l'intervento nella discussione; a lui fa osservare che riaffermando i concetti espressi nella relazione, ritiene che la reazione agglutinante non è immunità, tuttavia è fra le reazioni di laboratorio quella che più si prestava per il tipo delle indagini praticate, e quello verso la quale si determinava il maggior consenso sperimentale e clinico per farla ritenere un importante elemento rivelatore delle modificazioni umorali nella infezione e nella pratica vaccinale. Trattandosi che le ricerche nella prima fase hanno riguardato le constatazioni di laboratorio, si è ritenuto che alla ricerca dei poteri batteriolitici, batteriotopici e battericidi fatta dagli altri colleghi sui sieri degli stessi vaccinati, potesse bene figurare la ricerca degli anticorpi agglutinanti secondo le modalità e le interpretazioni largamente e svolte nel tema di relazione; agglutinine compaiono negli ammalati che hanno superato il tifo; nei pochi casi in cui questo fenomeno non si è determinato, ci è dato possibile in tutti rivelarlo dopo una o due irradiazioni ultraviolette con lampada di Bach.

Al prof. Marassini risponde che lo studio della vaccinazione antitifica è per ora limitato ai fatti sperimentali ed alle relative constatazione di laboratorio; esulano quindi i rilievi clinici, argomento di indagini successive negli stessi vaccinati. È partigiano della teoria setticemica dell'infezione tifosa con speciali localizzazioni nell'apparato linfatico. Enumera brevemente le varie localizzazioni della setticemia tifosa con i quadri diversi di malattia cui dà luogo. Non esclude che la flora batterica intestinale possa essere influenzata dalla vaccinazione. Le ricerche compiute nel Laboratorio di biologia medica di Napoli vennero eseguite in collaborazione e sotto la guida dello stesso relatore.

Ringrazia il prof. Izar per l'autorevole contributo portato dal suo intervento alla discussione. Egli ha posto il problema nei suoi veri limiti. Concorda pienamente con quello che egli ha detto e fà rilevare quanto oscuro sia ancora il meccanismo dell'intervento dei lipoidi nella funzione antigena, per quanto abbastanza provato.

Al prof. Capogrossi rispondo che dovendosi vaccinare grandi masse di uomini non ci si può rivolgere che a ceppi tipici di provata virulenza. Sarebbe desiderabile vaccinare con ceppi isolati da speciali focolai, ma ciò è possibile in determinate occasioni epidemiche. La vaccinazione antitifica è obbligatoria nelle truppe, e può essere solo fatta con materiale preparato in precedenza, da servire anche nelle improvvise contingenze di ordine militare.

Riafferma anch'egli che la reazione agglutinante è da riportarsi al tipo di reazioni colloidali chifico-fisiche; tuttavia le attuali conoscenze chimico-fisiche non ne spiegano il suo carattere di specificità.

Ringrazia il prof. Cesa Bianchi per il suo intervento nella discussione avendo egli portato una nota di alta dottrina e di grande obbiettività. Conviene con lui sulla mancanza di dati per pronunziarsi sulla efficacia della vaccinazione orale; e con lui ritiene che essa, come è attualmente praticata, possa essere di molta dubbia utilità. Ammette che fra i migliori metodi di vaccinazione possa considerarsi quello per via endovenosa alla Löffler; ma essa non tanto per la delicatezza della tecnica (che è sempre da tenersi in conto) quanto per la notevole vivacità della reazione provocata, non è da adottarsi per vaccinare grandi masse di truppe.

Ringrazia ancora tutti gli altri oratori e specialmente il prof. sen. Maragliano, il prof. sen. Queirolo e il prof. on. Gabbi che tanta luce di dottrina, di esperienza e di amabilità hanno portato nella discussione che si prefiggeva un solo fine, quello di giovare alla fiorente giovinezza dell'Esercito.

(Continua).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

La diagnosi eziologica delle adenopatie inguinali.

Eliminare anzitutto le lesioni che possono confondersi con una adenopatia: ernie, dilatazioni dell'ampolla della safena, lipomi, tumori della pelle, ascessi non ganglionari, ascessi ossifluenti, aneurisma, linfangioma.

Osservare poi se l'adenopatia inguinale è unica od associata ad altre adenopatie.

1) *Adenopatie multiple*. Ricercare se vi è aumento di volume della milza e stabilire la formula leucocitaria, con numerazione globulare.

Se vi sono modificazioni del sangue, si tratta di leucemia.

L'interrogatorio del malato ci fa conoscere che la malattia si è installata lentamente, con stanchezza, astenia progressiva, qualche disturbo digerente; si hanno manifestazioni cutanee. In generale, la leucemia mieloide non si accompagna a manifestazioni gangliari; l'esame del sangue è tipico: anemia molto intensa (emazie a 2 milioni ed anche meno), leucociti a 200,000-500,000 e più; polinucleari al 50%. Più importante per la diagnosi nel caso di adenopatie inguinali, è la forma linfatica: gangli voluminosi, isolati od agglomerati, molli, non dolorosi alle ascelle, al collo, alle regioni sopraclavicolari, inguinali, ecc., nonchè al mesentere, mediastino.

Tutto il tessuto linfoide è tumefatto: amigdale, ghiandole salivari, lacrimali, ecc.; invece la milza, a differenza dalla leucemia mieloide in cui è enorme, è poco tumefatta. La cifra delle emazie cade a 2 milioni e meno, invece i leucociti non aumentano se non a 100-200,000, quasi unicamente rappresentati da linfociti.

Se non vi sono modificazioni del sangue, si potrà pensare all'adenolipomatosi simmetrica e specialmente alla micosi fungoide, che si inizia con eritrodermia, eruzioni eritemato-licheniformi con aumento di volume dei gangli; leucocitosi con eosinofilia; in seguito compaiono i tumori disseminati caratteristici. Va ascritta a questa categoria anche la malattia di Hodgkin.

2) *Adenopatia inguinale isolata o preponderante*. Può essere infiammatoria e dovuta a ferita infetta degli arti inferiori, delle natiche, dell'ano, della verga, della parete addominale.

Quando l'adenopatia non è infiammatoria, si può trattare:

a) di tubercolosi. Spesso facilmente riconoscibile, talora di diagnosi difficile, per cui si rende necessaria la biopsia;

b) di sifilide. È una delle cause più frequenti I caratteri ne sono: pleiade gangliare costituita da un ganglio voluminoso circondato da altri più piccoli; esso è duro, senza periadenite, non doloroso, non suppurante. La diagnosi è più difficile in presenza di un'ulcera mista;

c) la lingranulomatosi inguinale. Si inizia con una lesione genitale minima, spesso scomparsa, quando il medico è chiamato. I gangli si tumefano, confusi in una massa voluminosa che si estende lungo l'arcata crurale e si continua con i gangli iliaci. Questa massa, dapprima dura, si rammollisce in seguito, non in blocco, ma in parecchi punti separati, che si fistolizzano;

d) il linfosarcoma, o cancro primitivo dei gangli, è assai raro. Si hanno talora adenopatie secondarie ad un neoplasma della regione. Non si deve poi dimenticare la possibilità di adenopatia pestosa, in casi di peste ambulatoria.

(*Journal des Praticiens*, vol. 40, n. 38).

fil.

Gangli.

Lecène (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurg.* Parigi 1927, n. 14) considera queste tumefazioni come delle pseudocisti derivanti da una degenerazione gelatinosa del tessuto connettivo periarticolare e del tessuto tendineo. Egli cita tre casi: due erano in relazione al legamento rotuleo e si svolsero in due pazienti di 33 e di 28 anni. Il tumoretto fu escisso intatto ed esaminato. Esso non presentava rapporti con l'articolazione nè con la borsa. La degenerazione colpiva invece una parte ben circoscritta del tessuto periarticolare; le singole fibre connettive ed i loro fascetti erano separati dalla sostanza interstiziale liquefatta. Il terzo caso si svolse in una donna di 40 anni, ed il tumoretto era localizzato nel lato esterno del tendine estensore del quinto dito della mano sinistra. Anche qui si avevano gli stessi fatti di degenerazione senza fenomeni flogistici.

L. TONELLI.

TERAPIA.

La preparazione per l'atto operatorio.

Mitchell (*The Lancet*, 1927, n. 5423) osserva che molte idee si vanno modificando in proposito, specialmente per quanto riguarda la somministrazione di purganti ed il digiuno.

Il vantaggio della purga (olio di ricino) è manifesto quando si richieda un completo svuotamento del colon ed un intervallo piuttosto lungo prima di ulteriori defecazioni. Ma non mancano inconvenienti. Anzitutto il malato è disturbato più volte durante la notte; inoltre l'intestino subisce un'irritazione, che può portare all'esaurimento, al collasso. L'inerzia della muscolatura

intestinale, consecutiva all'azione iperattivante dell'olio, è uno svantaggio non indifferente, tanto più che essa è poi favorita dalle manipolazioni del laparatomista e dalla immobilità relativa delle pareti addominali suturate. L'enteroclisi, che molti fanno subire al mattino dell'operazione, non fa che aumentare l'irritazione intestinale e l'esaurimento del paziente.

Si deve poi tener presente che la vacuità dell'intestino non è sempre una condizione favorevole e necessaria all'enteroanastomosi; inoltre l'anastomosi è resa difficile dallo stato di collasso e di retrazione intestinale e, praticata in queste condizioni, predispone maggiormente alla stenosi.

Anche per il digiuno, l'esperienza ha dimostrato che esso, oltre che a contribuire a dare lo stato di inerzia, facilita l'acidosi, la quale influisce a sua volta sui vomiti post-cloroformici e conduce al consumo della riserva alcalina del sangue.

I moderni metodi pre-operatori sono da ritenersi i seguenti:

1) Rimozione di eventuali cause di sepsi (tonsille, denti infetti, ecc.). 2) Svuotamento dell'intestino mediante olio di vaselina somministrato la notte e la mattina. 3) Trattamento tonico e corroborante nella settimana precedente l'operazione. 4) Ammissione nella casa di salute non oltre le ore 18 del giorno precedente l'operazione, facendo fare subito un bagno caldo e mettendo in letto il malato. 5) Visita del malato da parte del narcotizzatore, per accertarsi delle disposizioni da dare l'indomani. 6) Somministrazione della cena: leggera minestra o zuppa, pesce bollito, salse, burro, spinaci, biscotti; niente vino nè carne fresca. 7) Lavatura della cute addominale, rasatura, nettamento con etere, copertura con un telo. 8) Se il paziente è piuttosto debole; gli si somministra in seguito qualche cordiale; l'A. consiglia l'ovaltina od il malto-latte di Horlick. 9) Se il paziente vi è abituato, dare qualche leggero lassativo. 10) Far lavare bene i denti, eventualmente con un antisettico. *fil.*

Pericoli di associare la scopolamina alla morfina.

F. Panse (*Münch. Med. Woch.*, 18 marzo 1927) riferisce tre casi di grave avvelenamento imputabile all'associazione scopolamina-morfina. In un caso si usarono 0.5 mg. di idroclorato di scopolamina e 2 cg. d'idroclorato di morfina; in un altro rispettivamente 1 mg. e 3 cg.; nel terzo 0.4 mg. e 2 cg. La respirazione artificiale continuata per ore è valsa sempre a salvare i pazienti. L'A. raccomanda di evitare questa « sinergia tossica ». Negli psicopatici eccitati consiglia di ricorrere alla sola scopolamina: 1 mg. non fa correre nessun pericolo di paralisi respiratoria o cardiaca. V.

Abuso della medicazione ipodermica.

La moda ha trasformato il metodo ipodermico, eccellente ricorso terapeutico, in un deplorevole flagello dell'umanità. Grazie all'innocuità della puntura, tutti iniettano e tutto si inietta, senza pensare neppure lontanamente ai mali immediati e tardivi di una tale pratica. L'effetto rapido dei medicamenti così somministrati, la possibilità di somministrarli senza grande sforzo ed anche contro la volontà del paziente, hanno fatto aumentare in maniera veramente impressionante tale pratica. Oggi quindi non vi sono più limiti, e si giunge ad iniettare con la massima facilità sostanze che possono incistarsi come veri corpi estranei, facendo soffrire il paziente o infettandosi producendo ascessi e fistole che obbligano, a volta, a eliminazione in massa dei tessuti.

J. de Mendonca (*Brasil Medico*, luglio 1927) riferisce parecchi casi capitatigli all'osservazione, sia sotto forma di ascessi per introduzione di medicamenti vari (cerebrina, encefalina) nei quali ha dovuto intervenire con necessità a volte di distruzioni estese di tessuti, sia sotto forma di cisti, in una delle quali trovò perfino una sostanza calcarea.

Quale il rimedio? Secondo l'A. il trattamento ipodermico dovrebbe essere regolato dalle seguenti regole e precauzioni:

Eliminare dal metodo ipodermico tutte le sostanze capaci di mortificare i tessuti o di produrre sclerosi, eccettuando quelle che, in soluzione diluita, perdono tale proprietà nociva;

Rispettare un'asepsi rigorosa;

Evitare quanto più possibile di ripetere la iniezione nella medesima zona e quando ciò sia impossibile, attendere che siano scomparsi i sintomi dell'irritazione;

Preferire le sostanze solubili e proscrivere quelle insolubili capaci di lasciare deposito permanente nei tessuti;

Usare, negli individui magri, aghi mai inferiori a 3 cm. e negli obesi da 5 a 7, affinchè il contenuto della siringa non rimanga nel tessuto adiposo. A. POZZI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sull'etiologia di alcuni casi di dilatazione bronchiale dell'adulto.

Leon Kindberg e R. Konlrinsky hanno comunicato alla Società medica degli Ospedali di Parigi nella seduta del 31 dicembre 1926 dei casi di cangrena polmonare cronica e di suppurazioni polmonari nelle quali hanno visto stabilirsi una sindrome clinica ricordante la dilatazione bronchiale descritta da Laennec e da lui messa in rapporto sempre con fatti avvenuti durante l'età infantile.

Nei casi studiati dagli autori l'evoluzione degli accidenti era connessa con lo sviluppo della lesione polmonare acuta cangrenosa o ascessuale e l'esame lipiodolato ha mostrato l'esistenza di un'ectasia bronchiale, talora agli inizi talora nettamente sviluppata.

Del resto non si poteva escludere la possibilità dell'inizio durante l'infanzia dell'ectasia bronchiale stessa. L'An. Patol. e gli esami broncoscopici mostrando la contemporanea partecipazione dei bronchi e del parenchima, l'apparizione precoce di una sclerosi peribronchiale, ne rendono manifesta l'evoluzione.

Dunque accanto alla dilatazione tipo Laennec esiste una dilatazione accompagnante le suppurazioni polmonari che è ben caratterizzata dal termine di ascesso bronchiectasico degli Americani. MEO-COLOMBO.

Il sangue nei polmoni.

Il cuore risponde allo sforzo con un cospicuo aumento del volume-minuto, e un adeguato giuoco dei vasomotori dirige la massima parte del sangue verso i muscoli funzionanti. Nel polmone però le variazioni del flusso sanguigno sono in tutto passive, e dipendenti dal volume-minuto del ventricolo destro. (*Journ. A. M. A.*, 18 sett. 1926).

DORIA.

Risposta della milza ai disturbi respiratori.

Haldane ha dimostrato che la privazione dell'ossigeno produce una accelerazione del ritmo respiratorio e una elevazione dell'acido carbonico nel sangue accresce l'ampiezza del respiro. Ma oltre ad esagerare la propria ventilazione l'organismo lotta nell'asfissia e anossiemia aumentando il numero delle emazie circolanti, e ciò col lanciare in circolo le emazie che si trovano accumulate nella milza.

Leon Binet (*Journ. Méd. Français*, n. 7, luglio 1927) riferisce esperimenti volti a confermare questo punto di vista.

1) *Asfissia acuta*: nel cane si accompagna a poliglobulia netta, che è costante, progressiva, considerevole (c'è aumento di circa 1 milione, 1 milione e mezzo di emazie) e generale, cioè centrale e periferica. Ora questa poliglobulia non si osserva più se si asfissia il cane splenectomizzato; non si manifesta nel cane in cui si comprima il peduncolo splenico, ma compare non appena si arresti questa compressione.

2) *Anossiemia acuta*: provocata con la depressione barometrica produce fenomeni identici. Cosicchè si deve ritenere che durante il respiro normale esista nel circolo un tasso di emazie corrispondente a quella che si potrebbe chiamare una globulia di base, sulla quale in seguito a disturbi del respiro può sovrapporsi una così detta poliglobulia da mobilizzazione dovuta a contrazione splenica.

L'A. si domanda se nei casi di asfissia acuta o anossiemia acuta non sarebbe utile determinare questa poliglobulia di soccorso con agenti splenocontrattori come adrenalina, pilocarpina ecc.

L. TONELLI.

La funziene del ventricolo di Morgagni.

Hartog (*Acta Oto-laringologica*, vol. X, n. 2, 1926) riferisce il caso d'un baritono, il quale girando il capo verso destra, notava una modificazione nel timbro della voce, la quale diventava anche debole.

L'esame oto-rino-laringoiatrico mise in evidenza soltanto uno spostamento verso destra di tutto il tubo laringo-tracheale.

Inoltre la posizione del capo girato verso destra mostrava un restringimento e talora la completa chiusura del ventricolo di Morgagni di destra. Le altre posizioni del capo non modificavano l'orifizio.

Queste condizioni fanno considerare dall'A. la importanza che ha il ventricolo di Morgagni per la risonanza della voce, e come la sua mancata funzione per una qualsiasi causa possa influire sulla intensità della voce e sulla qualità del timbro. CARUSI.

VARIA.

Come e perchè è aumentata la popolazione italiana.

Uno dei più interessanti fenomeni umani dell'èra moderna è il progressivo, incalzante aumento delle popolazioni civili, e sopratutto di quella italiana.

Su quest'argomento A. Niceforo ha pubblicato in *Echi e Commenti* due brillanti articoli densi di notizie e di considerazioni.

La popolazione entro i confini dell'Italia dell'anteguerra (1914) dai tempi di Augusto ad oggi si è quintuplicata; gli italiani da 7 o 8 milioni, quanti erano allora, sono diventati nel 1926 40 milioni e 240 mila.

È un fenomeno questo, scrive l'illustre professore di statistica di Napoli, che non ha mai destato, come converrebbe, le meraviglie più alte, e che pure è meraviglioso: come mai una medesima cerchia di territorio, che conteneva un dì otto milioni di uomini ne contiene oggi quaranta?

Ma quel che è più sorprendente si è che l'incremento della popolazione non ha avuto una ascensione uniformemente accelerata. L'aumento si è verificato con un balzo brusco nei secoli XIX e XX.

Non si sa che cosa successe dei sette o otto milioni di italiani dell'epoca di Augusto. Solo

dal secolo XVI cominciano ad aversi alcuni dati demografici. Nei quindici secoli precedenti vi furono forse ascese e decadimenti, ma nulla si sa neppure di approssimativo.

Secondo le laboriose ricostruzioni di Belloch nel 1550 l'Italia doveva essere popolata da undici milioni di abitanti. Nel secolo XVII si era giunti appena a tredici milioni, a sedici milioni nel secolo XVIII, e a diciotto al principio dell'ottocento.

Ricapitolando: sette o otto milioni alla fondazione dell'impero; soltanto undici milioni all'uscir del medio-evo; tredici milioni alla fine del seicento; sedici milioni e più nel cuore del settecento; diciotto milioni al sorgere dell'ottocento.

In quest'ultimo secolo s'inizia e si accentua progressivamente l'ascesa.

Alla fine del primo quarto del secolo XIX quasi raggiungiamo i venti milioni, e diventiamo ventiquattro milioni nel 1848, venticinque milioni nel 1862, e quasi quaranta milioni nel 1925.

Il mondo non deve mai avere assistito a una così larga ascensione e diffusione dell'umanità quale ebbe a verificarsi nella seconda metà del XIX secolo e nel primo quarto del XX. Fenomeno generale alla popolazione bianca mondiale, ma, sotto certi punti di vista, particolarmente italiano.

Il giardino d'Italia è divenuto sempre più denso di popolazione: 39 abitanti per chilometro quadrato nel 1550, 57 nel 1700, 63 nel 1800, 87 nel 1860, 113 nel 1900, 130 nel 1925. Vale a dire che il chilometro quadrato italiano, dimora di sole 63 persone al principio del secolo XIX, si affolla oggi, dopo soli centoventicinque anni, del doppio e più persone.

Comunemente si crede che l'aumento della popolazione sia dovuto ad un aumento della natalità. E ciò non è. Nel quinquennio 1873-1877 nasceva ogni anno in media un milione d'italiani; le medie annue per i quinquenni successivi si mantennero sempre su quella cifra, sebbene con trascurabile aggiunta di settanta o centomila nati; nel quinquennio dell'anteguerra avevamo ogni anno un milione e centomila nati. Per modo che i ventisette milioni di italiani di cinquanta anni fa mettevano al mondo un milione d'italiani, presso a poco come fanno i quaranta milioni contemporanei. Tuttavia la popolazione cresceva come da 100 a 148.

In effetti il rapporto tra nati e popolazione è diminuito. Mentre nel quinquennio 1873-1877 si avevano ogni anno 37 nati per 1000 abitanti, nel periodo dell'anteguerra tale rapporto scendeva a 32, ed oggi è sceso a 26. Mille donne italiane, in età da 15 a 49 anni, mezzo secolo fa procreavano ogni anno 148 piccoli italiani, dieci anni dopo ne procreavano 139, ed oggi soltanto 113.

Per modo che volendo esprimere graficamente l'andamento dei tre fenomeni (nascite, in numero assoluto, quasi stazionarie; natalità relativa decrescente; popolazione in aumento) si hanno tre linee, una orizzontale per la prima, una che precipita per la seconda, ed una ascendente per la terza.

Come adunque si concilia la diminuzione della natalità con l'aumento della popolazione? Semplicemente perchè sono diminuite le morti.

La mortalità toccava l'alta cima di 30 morti per mille abitanti una cinquantina d'anni fa, ma degradava a 20 nel periodo dell'immediato anteguerra, per cadere poi a 17 e 16 negli ultimi anni del dopoguerra.

Questa diminuzione della mortalità va di pari passo con i giganteschi progressi scientifici che hanno caratterizzato la metà del secolo scorso ed il principio dell'attuale. Questi progressi hanno determinato un miglioramento ed un'elevazione delle condizioni materiali di vita, assai più di quel che non seppero o non poterono compiere parecchi secoli insieme del passato.

Oggi la morte batte alle dimore civili con minore insistenza o pervicacia.

Il fulmineo ravvicinamento dei mercati operato dalla macchina e la più sicura e sapiente produzione hanno soppresse quelle carestie che affamavano ed immiserivano gli organismi.

Nè più si verificano quelle gigantesche epidemie, ciascuna delle quali mieteva in un anno più vittime di quel che non facessero tutte insieme le guerre di Alessandro, di Cesare e di Napoleone.

Se dal 1550 al 1700 la popolazione italiana non crebbe che da 11 a 13 milioni fu perchè continue epidemie la decimarono.

Nel frattempo, mentre, cioè, così largamente scemava la mortalità, aumentavano la produzione, le attività economiche e sociali, le sussistenze, e, con l'aumento dei consumi, s'innalzava il livello della vita. Ma insieme a questo elisir di lunga vita che l'umanità bevve a larghi sorsi, il benessere apportò la stasi, prima, e la decrescenza, poi, della natalità.

Il numero dei nati diminuiva mentre aumentavano la ricchezza ed i consumi.

Nel 1881 in Italia si aveva un consumo di 72 litri di vino per abitante, mentre oggi se ne ha uno di 105; di mezzo litro di birra, ed oggi di tre e mezzo; di 42 grammi di caffè, ed oggi di 120; di 590 grammi di tabacco, ed oggi di 698; di 123 chilogrammi di frumento, ed oggi di 183; ed il consumo della carne che nel 1900 era di circa 14 chilogrammi per abitante è salito oggi a 18.

Il banchetto della vita si è fatto meno parco, ma pare che i convitati non vi si vogliono affollare che in sempre minor frequenza.

DRAGOTTI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

Designazione dei rappresentanti dei sanitari da parte delle Associazioni sindacali nel Consiglio Superiore di Sanità e nei Consigli Provinciali di Sanità.

La *Gazzetta Ufficiale* del 24 settembre u. s. pubblica il R. D. 12 agosto 1927, n. 1647:

Art. 1. — I rappresentanti dei medici-chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti, che devono far parte, come membri di diritto, del Consiglio superiore di sanità, a norma dell'art. 1 della legge 23 giugno 1927, n. 1070, sono designati dal Direttorio dei rispettivi Sindacati nazionali fascisti.

I rappresentanti dei medici chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti, che devono far parte, come membri di diritto, dei Consigli provinciali di sanità, a norma dell'art. 2 della citata legge, sono designati dal Direttorio dei rispettivi Sindacati provinciali fascisti.

Le cennate rappresentanze non sono incompatibili con le funzioni di segretario dei Sindacati.

Tutte le designazioni anzidette devono essere ratificate dal Ministero delle Corporazioni.

Art. 2. — I rappresentanti designati a norma del precedente articolo durano in carica tre anni e possono essere nuovamente designati.

Le designazioni devono essere fatte entro il mese di dicembre dell'anno in cui si compie il triennio di durata in carica.

Art. 3. — Quando per dimissioni od altre cause venga a mancare nel Consiglio superiore di sanità o nei Consigli provinciali di sanità qualcuno dei rappresentanti designati, deve procedersi alla nuova designazione entro tre mesi dalla verificata vacanza.

Chi surroga rappresentanti anzi tempo scaduti rimane in carica solo quanto avrebbe durato il suo predecessore.

Art. 4. — Nella prima applicazione del presente decreto i rappresentanti dei medici chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti saranno designati entro il mese di settembre del corrente anno e scadranno dalla carica il 31 dicembre 1929.

Nelle Provincie in cui i Sindacati provinciali dei medici, dei veterinari e dei farmacisti non fossero ancora regolarmente costituiti all'entrata in vigore del presente decreto, le designazioni dei rappresentanti dei medici chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti, che devono far parte dei Consigli provinciali di sanità, saranno compiute dal Direttorio dei rispettivi Sindacati nazionali.

Anche le designazioni anzidette devono essere ratificate dal Ministero delle Corporazioni.

Autorizzazione eccezionale all'esercizio della odontoiatria e protesi dentaria.

Con decreto 23 giugno 1927 n. 1187, pubblicato nella *Gazz. Uff.* n. 164, è stato disposto che « i cittadini italiani, delle nuove provincie del Regno che siano in possesso di concessioni per l'esercizio della odontotecnica, in conformità delle ordinanze del cessato impero austriaco 20 marzo 1922, Bollettino n. 55, delle leggi dell'Impero e 14 febbraio 1904 Bollettino n. 15, e che abbiano esercitato o, alla pubblicazione della presente legge, esercitino pubblicamente la loro professione, nel territorio delle provincie stesse, dalla entrata in vigore del R. D. 25 settembre 1921 n. 1388 o dalla data della concessione, qualora questa sia stata loro conferita a termini dell'art. 3 di detto R. D., potranno, quantunque sprovvisti di laurea in medicina e chirurgia, essere autorizzati, entro un anno dalla pubblicazione della presente legge, all'esercizio della odontoiatria e della protesi dentaria. L'autorizzazione sarà concessa in seguito a prova di esami da sostenersi innanzi ad apposita Commissione secondo le norme che saranno stabilite. La tassa di diploma è di L. 300 ».

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XLI. — Interesse a ricorrere.

L'interesse giuridico che è presupposto necessario dell'azione giurisdizionale innanzi al Consiglio di Stato, deve essere personale, diretto, attuale. Deve ritenersi perciò — così ha ritenuto la V Sezione del Consiglio di Stato con decisione 29 aprile 1927 n. 197 — che tale interesse non abbiano coloro che, essendo stati graduati nei concorsi ma non essendo stati nominati, ricorrano per sostenere che i concorrenti nominati avrebbero dovuto essere poi dichiarati dimissionari per non aver rinunziato ad altri uffici incompatibili col nuovo. Nel caso così deciso si trattava di assistenti ospedalieri.

L'acquiescenza ad un atto o provvedimento amministrativo deve risultare da atti concludenti ed univoci, tali da non lasciare dubbio sulla intenzione dell'interessato. Si può ritenere che faccia atto di acquiescenza (o forse più esattamente che rinunzi alla partecipazione al concorso) il concorrente che ritiri la domanda; ma diverso è il caso in cui si richieda soltanto la restituzione dei documenti, specialmente se il procedimento del concorso si sia protratto per lungo tempo e il concorrente abbia avuto necessità e urgenza dei documenti per altri scopi. Chi non ha partecipato al concorso non ha legittimo interesse di impugnare la revoca del concorso stesso.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Un'ingiustizia da riparare.

Riceviamo:

Nell'ultima legge c'è una gravissima lacuna, per cui dall'aumento concesso, sin dal primo gennaio 1926, *a tutte le pensioni dirette e indirette* (già concesse alla promulgazione della Legge stessa) *sono escluse le indennità una volta tanto* concesse a chi dovette abbandonare il servizio prima di aver raggiunto il minimo di anni di servizio utile, anche se l'abbandono del servizio sia stato imposto da invalidità permanente. Questi disgraziati, che attualmente si trovano la via chiusa a qualsiasi altra occupazione e non hanno evidentemente le forze fisiche e psichiche per dedicarsi alla concorrenza del libero esercizio, sono attualmente condannati alla fame, dopo aver percepita, *una volta tanto*, una somma davvero irrisoria.

Della necessità di colmare tale lacuna tutti sono convinti, fra quanti dei funzionari della Dir. Gen. della Cassa DD. e PP. e degli Istituti di Previdenza, si occuparono dell'argomento e attendono che qualche interessato si faccia *parte diligente*, reclamando una nuova riforma o modifica, per prendere gli indispensabili e urgenti provvedimenti in proposito.

Certamente Sua Eccellenza il conte Volpi e il chiar.mo comm. Galli non avrebbero alcuna difficoltà a studiare le eventuali modificazioni (quando, per mezzo degli organi competenti, fosse loro fatta presente la lacuna in discorso), perchè hanno un nobile cuore e una elevata coscienza.

Per tale motivo il sottoscritto si rivolge a codesto autorevole e diffuso periodico, onde far noto ai medici e a chi di dovere l'ingiustizia da riparare.

Con distinti ossequi.

G. LUCANGELI.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Sulla poliomielite anteriore acuta.

Segnaliamo la seguente Circolare che il Prefetto di Torino ha diretto ai Podestà ed agli Ufficiali Sanitari della provincia.

« Il Ministero dell'Interno comunica che in varie località dell'estero vanno manifestandosi epidemie di poliomielite anteriore acuta ed è quindi necessario provvedere ad una severa profilassi nella manifestazione dei primi casi allo scopo di evitare la diffusione dell'infezione.

Occorre quindi ricordare anzitutto che a sensi del Decreto Ministeriale 15 ottobre 1923 è obbligatoria la denuncia, da parte dei Sanitari, di ogni caso accertato, od anche sospetto, di poliomielite anteriore acuta. Devesi all'uopo ricordare che tale malattia, se colpisce prevalentemente l'infanzia, si manifesta talvolta anche in altre età, pur conservando le sue caratteristiche di malattia dell'età giovanile.

Si rammenta ancora che tale malattia è designata con varia nomenclatura ed agli effetti della denuncia e dei provvedimenti profilattici è utile tener presente delle sinonimie più frequenti che sono le seguenti: Poliomielite anteriore acuta; Malattia di Heine-Medin; Paralisi spinale infantile; Paralisi essenziale dei bambini; Paralisi infettiva ed epidemica acuta.

In qualunque modo venga designata l'infezione, essa deve essere subito denunciata dai Sanitari curanti all'Ufficiale Sanitario.

I provvedimenti profilattici più importanti ed essenziali che dovranno adottarsi sono i seguenti:

1) Isolamento rigoroso degli ammalati nel periodo acuto per la durata da 3 a 6 settimane; 2) Allontanamento dei ragazzi dalla casa; 3) Raccolta scrupolosa e disinfezione di tutti gli oggetti che sono stati in contatto con gli ammalati e le loro evacuazioni; 4) Vigilanza severa e continuata sulle persone delle famiglie per evitare contagi ad altri, e scrupolosa pulizia degli ambienti, evitando il sollevamento della polvere che è uno dei mezzi più facili di trasmissione della malattia.

Se la malattia si manifestasse in una scuola, questa dovrà subito essere chiusa fino a disinfezione completa e rigorosa di tutto l'ambiente e degli oggetti della scuola.

Si pregano i Sigg. Podestà di portare a conoscenza di quanto sopra tutti i Sanitari del Comune, incaricando l'Ufficiale Sanitario di un'accurata sorveglianza per l'accertamento dei casi, per la immediata denuncia a questa Prefettura, e per l'applicazione dei provvedimenti profilattici sopraccennati.

Attendo cenno di assicurazione.

Il Prefetto: De Vita ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUASANTA (*Ascoli Piceno*). — Scad. 30 nov.; vedi fasc. 45.

AMANDOLA (*Ascoli Piceno*). — Scad. 30 nov.; vedi fasc. 44.

BASCHI (*Perugia*). — A tutto il 10 dic., per Civitella dei Pazzi; L. 9000 e 6 sessenni dec., oltre L. 600 serv. att.; c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15; docum. a 3 mesi dal 25 ottobre.

BASSANO. *Ospedale Civile*. — Assistente della Sezione chirurgica; chiusura 20 nov.; chiedere condizioni al Commissario.

BOLOGNA. *Ricovero di Mendicità V. E. II.* — Medico assistente all'Ospedale annesso. Scad. 20 nov.; vedi fasc. 45.

CASTELNUOVO DI CONZA (*Salerno*). — Consorzio con Santomenna. Scad. 15 dic.; vedi fasc. 44.

CASTEL S. NICOLÒ (*Arezzo*). — Scad. 30 nov.; vedi fasc. 45.

CHIOGGIA (*Venezia*). — Per Sottomarina (fraz. B), al 10 dic.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10; stip. L. 8500, aumenti periodici, p. trasp. L.1000-3000-4000; chied. annunzio. Serv. entro 15 gg.

CITTÀ DI CASTELLO (*Umbria*). — Scad. 30 nov.; v. fasc. 44.

GENAZZANO (*Roma*). — A tutto 30 nov.; L. 9500 per 1000 pov.; addizionale L. 4 fino a 2000 pov. e L. 5 oltre; 5 quadr. dec.; c.-v.; tassa L. 50; docum. a 3 mesi dal 20 ott.

GENOVA. *Ospedale Psichiatrico Provinciale*. — Scad. 10 dic.; vedi fasc. 44.

NOVARA. — Ufficiale sanitario. Scad. 10 dic.; vedi fasc. 44.

REGGELLO (*Firenze*). — Scad. 30 novembre; vedi fasc. 45.

SAVONA. *R. Prefettura*. — Uff. san. e capo dell'Ufficio d'Igiene; scad. 30 nov.; v. fasc. 44.

TIZZANA (*Pistoia*). — Scad. 25 nov.; L. 8500 e 8 trienni dec.; c.-v.; L. 2000 trasp. (variab.). Età lim. 35 a. Tassa L. 50.15.

VENEZIA. — Scad. 20 nov.; 4 condotte per la città e per la fraz. Zelarino. Rivolgersi segreteria Ufficio d'Igiene.

VERCELLI. *R. Prefettura*. — Uff. san. di Biella; a tutto 20 dic.; ab. 25,000, su Ha. 3600; età lim. 45 a. al 28 ott.; docum. a 3 mesi; tassa L. 50; titoli ed esami; serv. entro 30 gg.; nom. biennale. Stip. L. 16,000; aumenti; c.-v. Divieto esercizio professionale.

VICENZA. *Amministraz. Provinciale*. — Scad. 15 dic. Vedi fasc. 45.

CONCORSI A PREMI.

Premio Voronoff.

Il dott. Sergio Voronoff ha istituito due premi, uno di 10,000 fr. e l'altro di 5000, a favore dell'Unione medica franco-ibero-americana (Umfia), cioè destinati a un medico del mondo latino.

Tema: Appoggiandosi su argomenti clinici, terapeutici, sperimentali, anatomici, istologici, embriologici, compiere un lavoro relativo alle seguenti due questioni: 1° esistono nell'uomo insufficienze e iperfunzioni delle glandole endocrine (in particolare tiroide, testicolo, ovaio, surrenali)? 2° Le iperfunzioni possono essere reattive ad insufficienze parziali di ciascuna o di parecchie di queste glandole? I lavori dovranno essere deposti a Parigi non oltre il 31 dicembre 1928, presso il dott. Léopold Lévi, rue Théodore de Banville 16 (16e). I candidati dovranno inviarne 9 esemplari, destinati ai 9 membri della Commissione (tra cui è il prof. Pende per l'Italia). Per i manoscritti l'anonimo è facoltativo. I manoscritti devono essere in francese.

BORSE DI STUDIO.

Borsa di studio A. M. Luzzatto.

La Commissione Amministrativa dell'Arcispedale S. Anna di Ferrara porta a conoscenza che, presso la sua sede e ad onorare la memoria del compianto prof. A. M. Luzzatto, è istituita una Borsa di studio, allo scopo di conferire, ogni due anni, un premio all'autore del lavoro, o gruppi di lavori (su temi liberamente scelti nel campo della Clinica o della Patologia), che sarà riconosciuto il più degno da apposita Commissione giudicatrice.

Possono aspirare al premio — che per l'anno 1928 sarà di L. 2000 — tutti i medici chirurghi e gli studenti di medicina, ad eccezione dei medici primari di Ospedale, dei professori titolari, aiuti o assistenti di Università.

Il primo concorso scade il 31 marzo 1928.

Gli aspiranti dovranno presentare regolare istanza a quella Presidenza e unire quattro esemplari del lavoro o dei lavori, insieme con i documenti atti a provare: 1° che l'aspirante ha le qualità sovra indicate; 2° che i lavori prodotti costituiscono, almeno prevalentemente, il compendio di studi e di ricerche attuati nel Laboratorio prof. A. M. Luzzatto.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il premio Nobel di fisiologia e medicina per il 1926 è stato assegnato al prof. Johannes Fibiger, dell'Università di Copenaghen, per i suoi studî sul cancro sperimentale da spirottere; quello per il 1927 al prof. Julius Wagner von Jauregg, dell'Università di Vienna, per avere introdotto in medicina la malarioterapia.

Con R. D. 29 sett. 1927 il dott. Achille Vacino, segretario generale dell'Associazione Nazionale Fascista M. C., è nominato componente il Consiglio Superiore di Sanità per il triennio 1927-29. Rallegramenti cordiali.

Nella sessione 1927 hanno conseguito la libera docenza in Patologia speciale medica — oltre a

molti altri valorosi colleghi, di cui daremo l'elenco completo appena ci sarà noto — anche i dottori: Maselli D. e Monteleone R., della Clinica Medica di Roma e Lucherini T. degli Ospedali Riuniti di Roma.

I temi per la lezione clinica assegnati dalla Commissione composta dai professori Frugoni, D'Amato, Cesa Bianchi, sono stati: per il dott. Maselli « Le mielosi aleucemiche », per il dott. Monteleone « Le afasie motorie », per il dott. Lucherini « Le pancreatiti ».

A tutti e tre i neo-professori, valorosi e affezionati collaboratori del « Policlinico », giungano le nostre più sincere felicitazioni insieme ai più fervidi auguri.

Il dott. Abelardo Barbanti Bròdano con brevetto n. 6120 di concessione di S. E. il Ministro della Guerra on. Mussolini, è stato insignito della medaglia di benemerenza per i volontari della guerra italo-austriaca 1915-18.

NOTIZIE DIVERSE.

La Stazione sperimentale per la lotta antimalarica inaugurata dal Governatore di Roma.

Il 31 ottobre il Governatore di Roma, principe Spada Potenziani, accompagnato dal suo capo di gabinetto, barone Mazzolani, ha inaugurato la Stazione sperimentale per la lotta antimalarica.

Com'è noto, in seguito all'interessamento della Direzione generale della Sanità pubblica, che ha fornito il personale, la Fondazione « Rockefeller » concesse i mezzi per fondare in Italia questo centro per gli esperimenti e la lotta antimalarica.

Erano a ricevere il principe Potenziani il gr. uff. Messea, direttore generale della Sanità, il principe Caetani, il prof. Missiroli, direttore della Stazione, il dott. Hackett, rappresentante della Fondazione « Rockefeller » in Italia, il comm. prof. Pecori, direttore dell'Ufficio d'igiene, ed il Consiglio della Società per gli studi della malaria, principe Aldobrandini, sen. Marchiafava, prof. Dionisi, prof. Nazari, il dott. Escalar dell'Ufficio d'igiene, il dott. Filippini per le Ferrovie dello Stato ed altri.

Il gr. uff. Messea si è compiaciuto del lavoro compiuto, anche a mezzo del personale della Direzione generale della Sanità pubblica, dalla Fondazione « Rockefeller »: lavoro che considera come avviamento ad ulteriori sviluppi. Egli ha constatato come l'umanitaria istituzione sia riuscita in Italia a compenetrarsi con gli Istituti nazionali esistenti ed a collaborare con la Scuola superiore di malariologia, diretta dal prof. Ascoli e voluta dal Capo del Governo.

L'oratore ha concluso inviando un saluto ai rappresentanti della Fondazione « Rockefeller ».

Il dott. Hackett, in correttissimo italiano, ha rilevato come il Governatore di Roma, con la tradizionale ospitalità, abbia voluto offrire una magnifica sede alla Stazione sperimentale. Ha detto che per l'interessamento della Sanità pubblica la « Rockefeller » concesse i mezzi; e il personale tecnico della Stazione, profittando del consiglio degli scienziati della Società per gli studi della malaria, ha costituito in un paio d'anni quel centro di studi e di attività pratica, a cui nel 1927 affluirono 58 malariologi stranieri e medici del Governatorato per studiare l'organizzazione delle campagne antimalariche e per osservare l'andamento degli esperimenti. Il dott. Hackett ha così concluso: « La Fondazione Rockefeller mi ha incaricato di portare in questa occasione l'espressione della sua soddisfazione, e spero che tanto S. E. il Governatore, come il direttore generale della Sanità pubblica, si associeranno con me nel dare al direttore ed al personale della Stazione il loro plauso ed il loro incoraggiamento ». Plauso ed incoraggiamento che tutti i presenti dettero con i più vivi consensi.

Dopo il principe Potenziani ha visitato l'Istituto intrattenendosi, con la guida del prof. Missiroli, ad osservare i laboratori scientifici e il materiale.

All'uscita della visita il Governatore ha voluto esprimere nuovamente tutto il suo compiacimento e la sua ammirazione per la Stazione antimalarica.

Il nuovo Ospedale per malattie contagiose in Roma.

Una delle finalità principali che hanno mosso il Governatorato alla costruzione del nuovo Lazzaretto è quella di togliere, per ragioni ovvie, quello esistente a Santa Sabina, in località popolosa.

Ottima la scelta dell'area, su cui dovranno sorgere i nuovi padiglioni: un vasto prato poco lontano dall'Ospedale del Littorio, a Monteverde; vi si accede dalla via Portuense.

La posa della prima pietra dell'edificio è avvenuta il 31 ottobre, con l'intervento del Governatore, del segretario generale Delli Santi e di numerose altre autorità. Cerimonia semplice, da cui non si è disgiunto il rito sacro, che ha lasciato in tutti i presenti un senso di commozione profonda.

Dai progetti e piante topografiche, che per la cerimonia della posa della prima pietra sono state esposte su di un assito, si può rilevare l'infinita cura da parte della Direzione dell'Ufficio d'igiene, nel dividere ogni ambiente, nell'adottare i mezzi più moderni per la lotta contro le malattie epidemiche.

Congresso della Società italiana per il progresso delle Scienze.

La cerimonia inaugurale si è svolta con solennità a Perugia il 31 ottobre, alla presenza delle autorità e di 150 congressisti. Parlarono il podestà comm. Oscar Uccelli, il presidente del Comitato ordinatore on. Panunzio, l'on. Blanc per la direzione del Partito Nazionale Fascista, il prof. Fraccherelli per il ministro della P. I.; il

prefetto comm. Mormino lesse un telegramma augurale del Duce, salutato da vivi applausi.

Dei lavori d'indole biologica daremo prossimamente un resoconto.

Il IV Congresso Oftalmologico italiano.

Il 3 corr. nell'aula magna della R. Università di Roma si è inaugurato solennemente il IV Congresso della Società Italiana di Oftalmologia. Presenti circa 150 oculisti, venuti da ogni parte d'Italia; numeroso l'elemento femminile.

Ai posti d'onore erano: il prof. Dalla Vedova in rappresentanza del Ministro della P. I. e del magnifico Rettore, il conte Messea, direttore generale della Sanità Pubblica, il comm. Oxilia, in rappresentanza del Governatore di Roma, il prof. Ilvento per la Croce Rossa, il colonnello Ricci in rappresentanza del generale Galligaris, direttore generale della Sanità Militare, nonchè altre numerose personalità in rappresentanza di vari Enti ed istituzioni civili e militari e della Facoltà Medica.

Accolto da grandi applausi prende la parola il prof. Dalla Vedova che porta il saluto del Ministro, e dopo avere ricordato le benemerenze e le finalità della Società Italiana di Oftalmologia, consegna le grandi medaglie di benemerenza conferite agli illustri soci prof. Gallenga, rettore della R. Università di Parma, e prof. Basso, primario oculista di Genova; inoltre i premi per la oftalmologia assegnati nello scorso anno ai dottori Fileti e Candian. Rispondono i proff. Gallenga e Basso ringraziando per la distinzione di cui si è voluto insignirli.

Il prof. Ovio, Presidente di turno del Congresso, fa il resoconto dell'attività svolta dal sodalizio nel decorso anno.

La seduta inaugurale si è sciolta con un'entusiastica acclamazione.

Delle sedute scientifiche daremo il resoconto prossimamente.

L'attività italiana alla Commissione internazionale del cancro a Genova.

Si sono tenute a Genova le riunioni della Commissione internazionale del cancro. Il delegato per l'Italia, dott. Lutrario, ha presentato e ampiamente illustrato le seguenti monografie del gruppo degli esperti italiani: relazione di assieme (dott. Lutrario); relazione del prof. Pestalozza dell'Università di Roma sul cancro dell'utero; relazione del prof. Fichera direttore dell'Istituto Vittorio Emanuele III per il cancro in Milano sui tumori maligni del seno; relazione del prof. Dionisi dell'Università di Roma sui referti anatomici dei tumori maligni negli Istituti di anatomia patologica del Regno; relazione del prof. Niceforo dell'Università di Napoli sugli aspetti statistici del cancro, e relazione del prof. Giardino.

Il dott. Lutrario ha anche annunziato il prossimo invio della relazione di una interessante inchiesta sul cancro eseguita in Anatolia parallelamente a quelle fatte in Inghilterra e in Olanda.

Il gruppo italiano degli esperti è stato assistito nei suoi lavori dalla Direzione Generale di Sanità e dall'Istituto centrale di statistica d'Italia, che ha elaborato i dati delle varie inchieste fatte in Italia. I contributi italiani sono stati molto apprezzati e saranno pubblicati dalla Società delle Nazioni.

VI Conferenza dell'Unione internazionale contro la tubercolosi.

Il Comitato esecutivo si è adunato il 27 settembre a Parigi, nella sede della Lega internazionale delle Società della Croce Rossa (avenue Vélasquez 2) L'Italia era rappresentata dal professor A. Ilvento.

L'indomani il Consiglio direttivo tenne la riunione annuale; vi erano rappresentati dieci Paesi, tra cui l'Italia.

Le due sedute sono state consacrate all'organizzazione della 6ª Conferenza dell'Unione Internazionale contro la Tubercolosi, che si terrà a Roma dal 25 al 27 settembre 1928. Il delegato italiano, prof. A. Ilvento, presentò le proposte del Comitato italiano, che prevede numerose escursioni in tutta la penisola.

Il Consiglio ha deciso di mettere in discussione i seguenti temi: 1) *Biologia*, Elementi filtrabili del virus tubercolare; 2) *Clinica*, Diagnosi della tbc. infantile; 3) *Igiene sociale*, Organizzazione della profilassi antitubercolare nei distretti rurali.

Due paesi nuovi hanno aderito all'Unione, Bulgaria e Finlandia, il che porta a 31 il numero dei Paesi che ne fanno parte.

Congresso ospedaliero internazionale.

Su invito dell'Associazione Americana degli Ospedali, i rappresentanti di 11 Paesi si sono adunati a Parigi, il 19 settembre u. s., nella sede della Lega delle Società della Croce Rossa. Era rappresentata anche l'Italia. Si è deciso di nominare un Comitato esecutivo incaricato di preparare un Congresso che si terrà negli Stati Uniti nel giugno del 1929. Segretario generale: dottor Lewinski-Corwin di New York. Sono stati stabiliti 5 temi da discutere.

Il resoconto di questa prima riunione può ottenersi rivolgendosi alla « Ligue des Croix-Rouges », Avenue Vélasquez 2, Paris.

Riunione medico franco-belga.

Si è tenuta a Lilla dal 23 al 25 ottobre, allo scopo di rafforzare i legami di cordiale simpatia che uniscono i medici francesi e belgi. Furono trattati i seguenti temi: l'azotemia (Lemierre), l'insulina in terapia (Baudouin), le scoperte recenti sui sieri e vaccini (Dujarric de la Rivière) ecc.

VI Congresso rumeno di otorinolaringologia.

Si è tenuto a Bucarest il 29 e 30 ottobre, nell'anfiteatro dell'Ospedale Coltea, sotto la presidenza del prof. Predescu Rion (Cluj). Temi: Corpi estranei tracheo-bronco-esofagei; La sifilide dell'orecchio. Per gli atti rivolgersi al segretario generale, L. Mayersohn, Calea Molisor, Bucuresti.

Scuola Medica Ospitaliera di Roma.

Per l'anno scolastico 1927-28 si terranno corsi di medicina generale (proff. Lugli, Arcangeli, Carducci e Milani) e di chirurgia generale (proff. De Fabi ed Egidi) della durata di un semestre. L'iscrizione dà diritto alla frequenza per un solo trimestre; essa può aver luogo al 1° e 15 di ogni mese, ma non oltre il 1° marzo 1928.

Altri corsi hanno durata ristretta; l'iscrizione ad essi non può aver luogo oltre la data di inizio. Concernono i principali campi della medicina (proff. e dottori Ciuffini, Sforza, Antonucci, Margarucci, Ferraresi, Nazari, Pediconi, Laurenti, Panegrossi, Alessandrini P., Gigante, Frattali, Galli, Antonucci, Geronzi, Micheli, Valagussa, Mancini, Esdra, Saraceni, Raimoldi, Ficacci, Ascarelli).

La tassa di iscrizione ad ogni corso è di L. 60 per i medici e di L. 30 per gli studenti (5° e 6° anno). Per i corsi di anatomia patologica, medicina operatoria e tecnica delle perizie medicolegali è dovuta una sopratassa di L. 15, oltre una quota da fissare per ogni esercitazione pratica.

Ai medici condotti residenti fuori di Roma sarà lecito frequentare i corsi per un periodo minore di quello stabilito, mai però per meno di 30 giorni. Essi dovranno accompagnare la domanda con un certificato del sindaco che dichiari la loro qualità di medici condotti in attività di servizio.

Non è permessa l'iscrizione a più corsi aventi fra loro incompatibilità di orario.

Alla fine di ogni corso, a chi lo richiegga e lo meriti, ed esibisca la tessera munita della firma dell'insegnante, verrà rilasciato un certificato di frequenza, contro il pagamento di una tassa di L. 20.

Per informazioni e iscrizioni rivolgersi al presidente, prof. R. Bastianelli, Policlinico Umberto I, Roma. La segreteria è aperta tutti i giorni feriali dalle 8 alle 12 (Policlinico Umberto I).

Scuola di perfezionamento in clinica pediatrica a Firenze.

Il corso ha la durata di due anni. Durante il biennio 1927-29 gli inscritti dovranno seguire il Corso Universitario di Clinica Pediatrica e gli speciali colloqui e le esercitazioni ad essi destinati. Saranno addetti per turno ai diversi reparti della Clinica (Sezioni dei Lattanti, delle Malattie della seconda infanzia, delle malattie contagiose [Difterite, Morbillo, Scarlattina], ecc.) e dell'Ambulatorio. Alla fine del 1° anno, dovranno superare un esame ed alla fine del 2° sosterranno un esame di diploma consistente nella discussione di una tesi scritta ed in una prova clinica.

Iscrizioni presso la segreteria della Facoltà di Medicina (via degli Alfani 33, Firenze).

Tasse: annua d'iscrizione (pagabile in due rate) L. 901; di esame di profitto L. 30.10; di esame di diploma L. 100.10; di laboratorio L. 200.50; sono da versare alla Cassa Universitaria (piazza S. Marco, 2, Firenze).

Ad esse si aggiungono L. 7.05 per libretto, bolli, diritti e marca.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Facoltà (via degli Alfani, 33) od alla Direzione della Scuola (Clinica Pediatrica - Ospedale Meyer, via Mannelli, 115, Firenze 23).

Gli Istituti privati di cura.

La « Gazzetta Ufficiale » ha pubblicato lo statuto della « Federazione Nazionale Fascista Istituti privati di cura ». Consta di 26 articoli. L'Ente fa parte della Confederazione generale fascista dell'industria italiana.

La fine della medicina operatoria e della traumatologia.

Il Consiglio Superiore ha dato parere contrario al conferimento della libera docenza in medicina operatoria, considerando che questa disciplina, strettamente connessa all'insegnamento della clinica chirurgica, ha perduto l'autonomia e la ragione d'essere che aveva; e in traumatologia, considerando questa materia come parte della chirurgia.

Disciplina delle specialità medicinali.

Il Ministero dell'Interno ha fissato definitivamente al 31 dicembre la scadenza del termine per la presentazione delle domande d'autorizzazione per le officine produttrici di specialità medicinali e al 31 gennaio 1928 la scadenza di quello per la presentazione delle istanze, dirette ad ottenere sia la registrazione delle specialità stesse, sia l'autorizzazione a produrre e vendere i prodotti.

Pesce fresco ai soldati.

In seguito ad accordi fra il Sottosegretario all'Economia on. Bisi ed il Segretario alla Guerra gen. Cavallero è stato eseguito un esperimento di approvvigionamento di pesce fresco ai soldati del presidio di Roma.

Per Pietro Castellino

Il 28 ottobre al « Cova » di Milano ebbe luogo un grande banchetto che la Facoltà medica quasi al completo e moltissimi medici milanesi e napoletani residenti a Milano, offrirono al prof. Pietro Castellino, il clinico medico di Napoli. Vi intervennero anche il podestà on. Belloni, autorità fasciste locali ed alcune gentili signore. Allo spu-

mante pronunciarono discorsi il prof. Germano, di Bari, il prof. Sagona, di Caltanissetta; il dott. Paolo Grandi, di Boston, a nome dei medici italiani all'estero; il dott. Catalano, di Benevento, ed altri. Indi l'on. Belloni ricordò con gratissima memoria Napoli, ove, per incarico del partito, egli fu per molto tempo a capo del Fascismo; salutò nel prof. Castellino uno degli antesignani del nuovo movimento di riscossa nazionale.

Infine sorge il festeggiato, che pronuncia uno dei suoi abituali discorsi, eleganti di forma e di sapienza oratoria, facendo vibrare l'uditorio con la evocazione del grande passato della scuola napoletana e dei suoi generosi e tenaci sforzi ad essere sempre degna di esso.

Termina salutando con commossa perorazione il Duce.

L'eroico sacrificio del dott. Figaroli, primo medico del " Principessa Mafalda ,,.

Tra le fulgide figure degli ufficiali del « Mafalda », eroicamente sommersi colla loro nave, va rilevata quella del primo medico dott. Camillo Figaroli il quale, come riferisce il Comandante del piroscafo olandese « Athena », dopo aver accompagnato su detta nave parecchi naufraghi feriti, affidatili alle cure del secondo medico dott. De Lellis, volle tornare, sprezzando ogni pericolo, sul « Mafalda » onde prestare ancora l'opera sua alle altre vittime terrorizzate e pericolanti rimaste sulla nave che rapidamente affondava.

Il dott. Figaroli scomparve così nel gorgo gigantesco che inghiottiva, poco dopo, il « Principessa Mafalda », pagando colla vita il suo generoso slancio e la sua abnegazione verso il dovere.

Era uno dei medici di bordo più anziani. Nato a Rossano (Massa) il 2 luglio 1870 e laureatosi a Bologna nel 1897, dopo due anni fu assunto dalla « Veloce » in servizio continuativo su vari piroscafi. Durante la guerra si trovò ben due volte su navi silurate ed in tali occasioni diede chiare prove del suo ardimento e del suo spiccato altruismo. Chiamato poi in servizio a terra, come capitano medico del R. Esercito, seppe dar prova delle sue non comuni qualità, meritandosi la considerazione dei superiori, l'affetto dei colleghi e la riconoscenza delle truppe alle quali prestava le sue cure con perizia ed amore.

A guerra finita, ritornò al mare, in servizio sui piroscafi della N. G. I.

Da poco tempo si trovava sul « Mafalda » che doveva divenire la sua tomba.

Era amicissimo del comandante Gulì. Forse, quando egli volle tornare sul « Mafalda », gli era giunta la notizia, che si sa essere stata trasmessa per radio negli estremi momenti, che il Comandante era « ferito » e volle soccorrere lui, insieme cogli altri.

Ed è morto, invece, con lui!

Con lui e come lui: come un Eroe!

Scuola di perfezionamento in Odontoiatria e protesi dentaria presso la R. Università di Bologna.

Sono aperte le iscrizioni per l'anno scolastico 1927-28 ai corsi di perfezionamento di odontoiatria e protesi dentaria per i laureati in medicina e chirurgia.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione dei documenti e nel versamento delle tasse.

Per programmi ed informazioni rivolgersi presso la Segreteria della Scuola, via S. Vitale, 59, Bologna (13).

Il 13 ottobre u. s. spegnevasi in Palermo, ove era nato nel 1863, il prof. CARMELO LAZZARO, stabile di Farmacologia sperimentale della R. Università di Palermo.

Scompare con lui una magnifica figura di cittadino eminente, il quale consacrò tutta la sua vita a beneficio della scienza, dell'Università, alla quale appartenne, e del paese.

Laureatosi nel 1886, seguì per varii anni l'insegnamento di chimica generale nell'Istituto del prof. Paternò, ed iniziò la sua carriera ospedaliera in seguito a pubblico concorso nell'ospedale civico di Palermo, e fin dalla laurea fu assistente dell'Istituto di Farmacologia sperimentale dell'Università di Palermo, diretto allora dal prof. V. Cervello, del quale fu degno allievo. Nel 1887, durante l'epidemia colerica, fu inviato dal governo del tempo a dirigere il lazzaretto di Augusta, dove ancor giovane, si distinse per le sue non comuni qualità di medico e di organizzatore. Nel 1890 fu abilitato per titoli alla libera docenza in Farmacologia sperimentale, e sei anni più tardi ebbe affidato l'incarico dell'insegnamento della Farmacognosia, della quale cattedra divenne in seguito professore ordinario. Dopo la morte del prof. Cervello nel 1919 la Facoltà medica di Palermo lo chiamò a succedere nella cattedra del suo maestro.

Egli lascia numerose ricerche scientifiche, fra le quali meritano maggiore rilievo quelle sulla azione della stricnina sul cuore, sul parallelismo farmacologico della caffeina e della teobromina, sulla modificazione della pressione arteriosa per azione di alcuni farmaci, le ricerche sperimentali e cliniche sul sulfonal, quelle sul rapporto fra la costituzione chimica dei farmaci e la loro azione farmacologica, sull'azione dei floruri alcalini, sulla cura dello avvelenamento stricninico, sul doppio legame degli atomi di carbonio, lo studio comparativo tra la cocaina naturale e quella artificiale, l'azione della cromosantonina, ecc.

Insegnante molto efficace seppe colla sua suadente ed adorna parola trasfondere negli stu-

denti l'amore che egli nutriva per la scienza da lui coltivata, e nei suoi allievi l'interessamento per l'indagine scientifica.

La sua multiforme personalità, non si fermò nel solo campo dell'insegnamento e della ricerca scientifica, ma si esplicò anche fuori di tali campi specialmente nella amministrazione della cosa pubblica, in qualità di consigliere comunale ed assessore per l'Igiene della città di Palermo, e della Università. Egli fu direttore della Scuola di Farmacia per lungo tempo, preside della Facoltà di Medicina, e da quattro anni dall'inizio del nuovo ordinamento universitario era membro autorevolissimo del consiglio di amministrazione dell'Università, dove portò il contributo delle sue non comuni qualità di amministratore e di organizzatore. Pioniere della lotta antitubercolare in Palermo, vi dedicò ogni sua attività, e sotto i suoi auspicii sorse a Palermo il primo Dispensario antitubercolare, il quale mercè la sua continuata opera ha oggi raggiunto un grande sviluppo.

Era inoltre segretario e consigliere della R. Accademia delle Scienze Lettere ed Arti, consigliere della R. Accademia delle Scienze Mediche di Palermo, e membro di tante altre istituzioni cittadine.

La sua scomparsa avvenuta innanzi tempo ha prodotto profondo rammarico in tutti coloro che lo conobbero e poterono apprezzare le singolari doti di uomo di scienza e di cittadino eminente; e la sua multiforme attività esplicata nel campo della scienza, nella direzione dell'insegnamento, nell'amministrazione della cosa pubblica e nell'organizzazione di opere benefiche ha lasciato profondo ricordo nell'animo degli amici, dei colleghi, degli studenti e dei cittadini.

Alla desolata famiglia serva di conforto l'affettuoso rimpianto che la città tutta gli ha tributato nell'estremo saluto.

V. C. P.

A 78 anni ha cessato la sua vita operosa il prof. FRANZ PENZOLDT, che per lungo tempo nella Facoltà Medica di Erlangen diresse la Policlinica e l'Istituto di Farmacologia. Il Penzoldt ha illustrato tutta l'utilità che deriva alla terapia dalle conoscenze farmacologiche; questi insegnamenti furono da lui consegnati nel «Trattato delle dottrine farmacologiche» e nel «Trattato di Terapia» (in collaborazione con Stintzing). Fu un medico di alto valore e un insegnante impareggiabile. Suoi allievi sono stati Heinz, Königer, Toenniessen ed altri. Aveva un cuore d'oro, che lo faceva adorare da quanti lo avvicinavano, e sentiva intensi gli affetti famigliari.

Sc.

È morto il Senatore GIUSEPPE MARCORA, uno dei Mille, patriota sempre fervente, la cui opera politica molto ha pesato nei destini del nostro Paese.

Al nostro amico prof. Ferruccio Marcora, primario medico all'Ospedale Maggiore di Milano, vadano le nostre profonde condoglianze.

A.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIV — Roma, 21 Novembre 1927 — Fasc. 47

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI BARI
diretto dal Prof. N. LEOTTA.

Sopra un caso di gangrena spontanea del piede tipo Raynaud e suo trattamento

per il dott. MARIO RONZINI, assistente.

Il caso che illustro mi sembra interessante oltre che per alcune particolarità cliniche, sopratutto per il sistema di cure adottato e che ha valso al paziente il beneficio di guarire da lesioni necrobiotiche gravissime tali da far pensare in un primo tempo alla necessità di demolire la parte malata.

Si tratta di un uomo di 40 anni, di professione fattorino, scevro da tare familiari luetiche e neuro-psichiche, in buone condizioni di salute, modico bevitore e fumatore. Nega lues e dichiara di non aver mai sofferto di geloni. Nell'estate 1925 cominciò ad avvertire senso di parestesie, per lo più sotto forma di formicolio, alle piante dei piedi senza però notare sulle zone iperestesiche, modificazioni del colorito della cute e della temperatura locale.

Per 5 o 6 mesi questi disturbi comparvero solo di quando in quando e non furono mai tali da impedire al paziente di attendere alle sue abituali occupazioni, ma divennero molto molesti e assunsero il carattere di dolore urente a insorgenza ascessionale quando, verso la fine di quello stesso anno le piante dei piedi assunsero un colorito tra roseo e bluastro e sulla gamba destra, lungo il decorso della safena interna, comparvero dei cordoni di colorito rosso-vivo, molto dolenti alla pressione e spontaneamente. Pertanto il P. dovè tenere il letto per alcuni giorni durante i quali i cordoni arrossati scomparvero, ma persistettero le modificazioni di colorito sulla cute delle piante. Dopo un anno i dolori alla pianta di sinistra scomparvero, quelli invece del piede destro si accentuarono mantenendo un carattere vario e non ben definito di trafitture, di scosse elettriche, di irrigidimento delle dita, e spesso rivestendo il tipo del dolore urente. Questi disturbi dolorifici erano sfavorevolmente influenzati dalla stazione eretta e dalla posizione penzoloni dell'arto. D'altro canto i fatti di flogosi, sempre di breve durata, a carico della safena interna di destra si ripeterono più volte. Nel novembre 1926 il senso di trafittura si fece più acuto e persistente in corrispondenza del solco ungueale interno dell'alluce destro dove si formò una soluzione di continuo nel mezzo di una estesa chiazza di arrossamento. Per tali fatti l'8 dicembre 1926 l'infermo fu ricoverato in questa Clinica.

All'es. ob. — Si presenta un soggetto di tipo costituzionale megalosplancnico con scheletro un po' massiccio ma nel complesso regolare e armonico. Statura m. 1.66. Stato di nutrizione e di sanguificazione buono.

Nulla a carico della bocca, del faringe e dell'apparato linfo glandolare.

Organi toracici e addominali sani.

Organi genitali normali per conformazione e funzione.

Gli arti inferiori non presentano atteggiamenti viziosi nè lasciano apprezzare ipotonia e ipertrofia dei muscoli della coscia e della gamba.

Lunghezza a destra, come a sinistra, dalla spina i. a. s. al malleolo tibiale cm. 85. Perimetro della coscia, a destra, come a sinistra, a 15 cm. dal margine superiore della rotula cm. 47; perimetro della gamba a d. come a s. a 15 cm. dal margine inferiore della rotula cm. 34.

Le pupille reagiscono bene sia alla luce che all'accomodazione.

Riflessi rotulei: normale a sinistra; presente ma torpido a destra. Non dolori lungo i tronchi dello sciatico e del nervo tibiale; sensibilità ben conservata su ambedue gli arti tranne che sui polpastrelli delle dita del piede destro dove si trova una diminuzione della sensibilità dolorifica.

Lungo il margine interno della gamba destra, per un tratto di 10 cm., a partire dal punto di mezzo della gamba, si palpano due cordoni di consistenza duro-fibrosa, indolenti alla pressione, che si portano verso l'alto lungo il decorso della safena interna e che, sino a qualche giorno innanzi, erano dolentissimi e circondati da una zona di cute arrossata, edematosa.

Il piede destro è di un colorito rosso-bluastro uniforme più spiccato alla pianta che al dorso; la temperatura cutanea è normale non diminuita rispetto a quella dell'altro piede. L'alluce, in corrispondenza della faccia interdigitale, sulla zona di contatto col 2° dito, è sede di una soluzione di continuo di forma ovalare, delle dimensioni di cm. 2 × 1, di aspetto torpido eretistico, a fondo pianeggiante, di colore rosso-vivo, a margini regolari e lievemente sollevati, molto dolente sia spontaneamente che alla pressione. Il dorso del piede è alquanto edematoso. Il polso sulla pedidia non si apprezza.

Il piede sinistro non presenta particolari alterazioni obiettive se si eccettua una nuance di colorito rosso-cianotico; quì il polso nella pedidia è normale per ritmo, forza e ampiezza.

Esami speciali.

Prove farmaco-dinamiche. — Normale il comportamento dell'organismo alle prove con l'adrenalina (1 mg.), la pilocarpina (1 cg.), la pituitrina (1 cmc.).

Pressione al Pachon: Mx 155; Mn. 90.

Es. delle urine. — (Con speciale riguardo alla ricerca del glucosio): negativo.

L'*Es. radiografico del cranio* mostra: sella turcica di dimensioni normali e regolare nel suo contorno; tavolato osseo alquanto ispessito, spazi pneumatici modicamente ingranditi.

Es. radiografico dello scheletro dei piedi. — Notevole grado di atrofia e di decalcificazione sopratutto a carico delle falangi, un po' meno delle ossa tarsali e metarsali.

R. W. su siero di sangue. — Negativa.

Es. oftalmoscopico. — Negativo O. O.

Diario.

Nei giorni che seguirono alla data dell'ingresso in Clinica dell'infermo, le sofferenze si fecero sempre più intense, la ulcerazione dell'alluce destro si estese a tutto il letto ungueale, la cianosi del piede aumentò in estensione e intensità. Successivamente l'ulcerazione guadagnò il solco digito-plantare, cadde l'unghia del grosso dito il quale si ricoprì di un'escara nerastra che lo incappucciava a dito di guanto.

Ulcerazioni analoghe si formarono, per sfaldamento dell'epidermide, sulla faccia dorsale del 2° e 3° dito.

I dolori al dorso e alla pianta, sempre del piede destro, si mantennero costanti e con caratteri vari ora di formicolii, di trafitture, di scosse elettriche e di irrigidimento delle dita, ed ora con senso di calore bruciante. Spesso questi fatti raggiunsero una intensità tale da rendere necessario l'uso di sedativi e di ipnotici. Una volta, nel corso di uno di tali accessi dolorifici, più violento del solito, fu praticata la iniezione epidurale di novocaina gr. 0.08 + stovaina gr. 0.04 in cmc. 50 di soluzione fisiologica tiepida. I dolori scomparvero in pochi minuti, l'infermo potè muoversi e camminare ma tale beneficio durò solo 6 ore perchè poi tutto ritornò come prima.

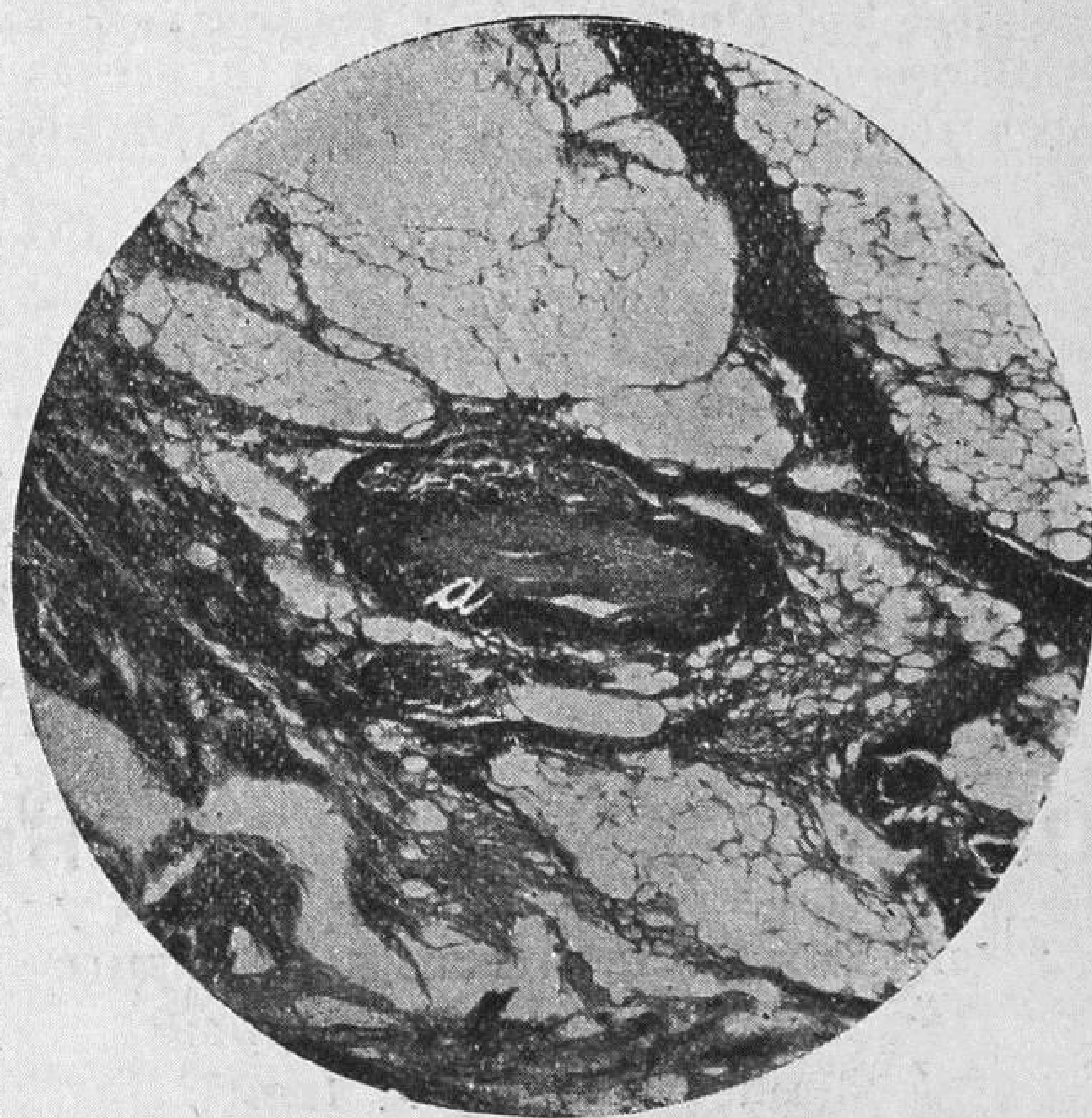


FIG. 1.
(Leitz, Ob. 2, Oc. 4 B, Van Gieson).

Per ciò che concerne il successivo decorso dei fatti necrotici, la gangrena, con soste e alternative varie, progredì: si ebbe una maggiore estensione in superficie dei fatti gangrenosi, grossi cenci necrotici si eliminarono dai tessuti malati dai quali emanava un odore fetido. Furono invase le articolazioni interfalangee del 1° e 3° dito con distacco dell'ultima falange di queste due dita.

L'esame istologico delle falangi distaccate, fatto in sezioni diverse sull'osso e sulle parti molli mise in evidenza particolarità istologiche e strutturali che possono così riassumersi:

A carico dell'osso spiccatissima rarefazione della trabecolatura con spazi lacunari molto ampi qua e là riempiti da un tessuto connettivo adiposo senza presenza di osteoblasti. Le cellule ossee colorate con la tionina, sono anch'esse rarefatte e con nucleo atrofico.

I muscoli sono ridotti di volume, con nucleo scarsamente colorabile degenerato o addirittura assente, muscoli riccamente circondati e quasi strozzati da un connettivo fibroso jalino e areolare grasso. In *a* della figura 1 un vaso in cui le tonache sono in preda a un processo produt-

tivo che le coinvolge tutte, sì da non renderle individualizzabili, in un tessuto in parte fibroso, in parte amorfo che si avanza nel lume vasale sino a obliterarlo quasi completamente. Non è apprezzabile la presenza di fibre elastiche nelle tonache del vaso e tanto meno è riconoscibile la eventuale esistenza di fatti flogistici a carico della media o dell'avventizia.

Nel complesso quì si tratta di fatti angiosclerotici obliterativi banali che nulla hanno di specifico, nel mezzo di una ganga di tessuti gangrenati, mummificati.

Trovati vani tutti i tentativi di cura, e col riposo in letto, e con gli impacchi caldo-umidi più volte ripetuti, e visto che la gangrena mostrava sempre più tendenza invasiva mentre i dolori si facevano vieppiù frequenti e intensi, si ricorse, per consiglio del mio Maestro, prof Leotta, alle applicazioni di corrente galvanica di basso milliamperaggio (mai superiore ai 2-3 M. A.) comprendendo coi 2 elettrodi il tratto cervico-lombare

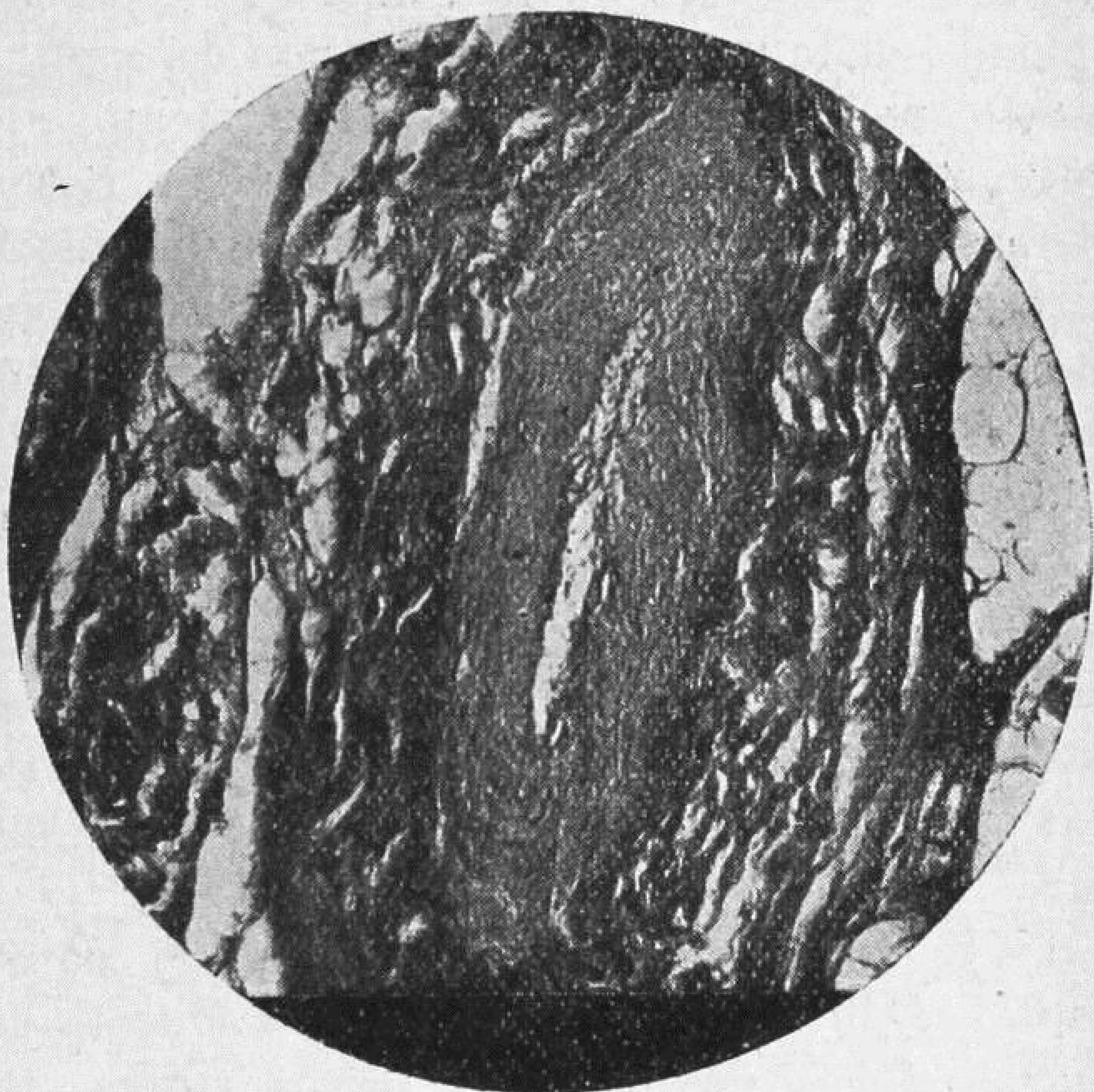


FIG. 2.
(stesso preparato a più forte ingrandimento).
(Leitz, Ob. 4, Oc. 4 B, Van Gieson).

nella prima seduta. In 2 successive sedute fu portato un elettrode all'altezza del rigonfiamento lombare e l'altro alla pianta del piede destro.

Sin dalla prima seduta i dolori scomparvero quasi del tutto e l'infermo potè, almeno, riposare durante la notte; persistettero tuttavia le parestesie ma non molto moleste. Dal canto suo, lo stato anatomico delle lesioni dorsali e plantari, rimase immodificato.

Dopo 3 di queste applicazioni fu iniziato il 13 gennaio 1927 un trattamento Roentgen con le seguenti modalità:

Venne irradiato, nel periodo di una settimana, tutto il tratto compreso tra il rigonfiameno cervicale e il rigonfiamento lombare a zone di 6 × 8 cm. alla D. F. di 30 cm. con raggi di media durezza e fortemente filtrati, fino a raggiungere su ogni tratto la dose eritema. Successivamente detto sistema di irradiazione venne esteso sul decorso dello sciatico di destra, dello sciatico popliteo mediale e del tibiale posteriore sino al collo del piede. In tutto furono fatte 18 di tali applicazioni nel periodo di circa un mese.

Nel corso di questo trattamento i dolori accessionali non comparvero che una volta sola e, interessante notare, mentre abitualmente la durata degli accessi non era mai inferiore a un'ora, questa volta bastò l'irradiazione del segmento dorso-lombare del midollo spinale perchè i dolori si dileguassero in pochi minuti.

Tuttavia, malgrado i risultati veramente sodisfacenti ottenuti con la galvanizzazione e con la roentgenterapia, per ciò che riguarda le turbe dolorifiche, non altrettanto potè dirsi per quanto si riferisce alle lesioni trofiche del piede. La gangrena infatti, progredì per circa due mesi ancora. Si ebbe una maggiore estensione in superficie dei fatti gangrenosi, furono invase le articolazioni del 2º e 4º dito con, distacco, sia per l'uno che per l'altro, dell'ultima falange.

Il 12 febbraio, malgrado il reperto ripetutamente negativo della R. W., fu intrapreso un trattamento arsenobenzolico.

Sin dalla prima iniezione (15 cg.) si ebbe un'accentuazione dell'abituale stato edematoso del piede, il reticolo venoso del dorso si fece più appariscente e le ulcere necrotiche assunsero un carattere più eretistico tanto che non si potè escludere l'ipotesi che si trattasse di una reazione di focolaio. Dopo qualche settimana sulle superfci necrotiche, cominciarono a comparire delle granulazioni di colorito rosso-vivo, di buon aspetto e questi fatti rigenerativi lentamente progredirono finchè dopo un mese dalla cura arsenobenzolica (complessivamente gr. 3) l'infermo potè essere dimesso dalla Clinica con cicatrizzazione completa di tutte le soluzioni di continuo e la cessazione di ogni disturbo dolorifico.

Che nel nostro caso si fosse trattato di una di quelle sindromi cliniche che genericamente vengono dette di gangrena spontanea del piede, fu chiaro ed evidente sin da quando l'infermo capitò sotto la nostra osservazione. Ma non altrettanto potè dirsi circa la natura di tale forma morbosa poichè quì « spontanea » assume l'importanza di un termine vago che denota la nostra scarsa conoscenza etio-patogenetica di queste sindromi complesse ed oscure.

Quanto ai caratteri morfologici della gangrena, questi non erano nettamente distinti, ma stavano tra quelli umidi e quelli secchi; pertanto tale quadro morboso non si potè nettamente e scolasticamente classificare nell'uno o nell'altro gruppo di gangrene.

Per ciò che si riferisce ai dolori, questi sono, in tali sindromi, di natura squisitamente simpatica (« algies sympathiques » dei francesi) perchè si accompagnano a turbe vascolari e trofiche, nonchè di temperatura, e sovratutto perchè non dipendono che raramente da neuriti dei tronchi nervosi degli arti. Nel nostro caso, infatti i segni clinici della neurite periferica fecero sempre difetto.

Tuttavia, forme morbose da prendere in considerazione per il diagnostico differenziale col caso riferito, sono: il morbo di Raynaud, l'eritrome-

lalgia, la gangrena arteriosclerotica, la gangrena diabetica.

a) Col morbo di Raynaud il nostro caso, se aveva importanti punti di contatto quali l'assenza del polso sulla pedidia, lo stato secco della gangrena in un certo momento della malattia, onde l'alluce si rivestì in toto di un'escara necrotica, nonchè i dolori a tipo accessionale, se ne distacca tuttavia per altri caratteri. Innanzi tutto il paziente ha sempre escluso di aver notato pallore delle estremità, la classica sincope locale, all'inizio della malattia. La temperatura del piede malato non era diminuita, la cianosi non era il fatto che maggiormente risaltava in tutto quell'insieme di lesioni, come pure l'unilateralità dei fatti dolorifici e gangrenosi, erano caratteri sufficienti per far differenziare questa sindrome da quella di Raynaud.

b) Se la possibilità di un Raynaud a principio ci lasciò alquanto perplessi, l'eritromelalgia potemmo al contrario escluderla a priori. Difatti, se i dolori ricordavano quelli della malattia di Weir Mitchell, conviene tuttavia ammettere che in ogni acroangiopatia i dolori, in linea di massima, si somigliano tranne che per alcune particolarità non sempre chiaramente apprezzabili. Nel nostro caso la posizione penzoloni dell'arto, come nel Weir Mitchell, acuiva le sofferenze del P., ma al contrario, gli accessi dolorifici insorgevano indipendentemente dall'azione o da sensazioni di freddo o di caldo mentre nell'eritrom. sono preceduti sempre da senso di calore e, ad accesso manifestato, danno la sensazione, sulla parte malata, del contatto con un ferro rovente. L'iperemia è prevalentemente attiva (ἐριτροσ) nel W. M. da vasodilatazione dei capillari e nel nostro paziente invece prevaleva quella passiva sebbene di grado non pronunziatissimo. Inoltre nell'eritromelalgia la gangrena non solo è rara, ma quando si stabilisce, è sempre superficiale e di lieve entità.

c) La gangrena senile si potè pure con facilità escludere perchè questa, oltre ad essere sempre bilaterale, insorge in soggetti di età avanzata, ipertesi, arteriosclerotici. Inoltre questa riveste, con particolare frequenza, il carattere della gangrena secca con anestesia completa delle parti colpite.

d) La gangrena diabetica e per i suoi caratteri peculiari (forme fagedeniche che si impiantano su piccole soluzioni di continuo e si accompagnano a febbre, delirio, stato soporoso) e per l'assenza più volte controllata di zucchero nelle urine non si potè nemmeno prendere in considerazione.

Nè si poteva ammettere la gangrena da iper surrenalismo, secondo la teoria di v. Oppel, per la quale, sino a qualche anno fa, si è praticata da questo autore e da altri la surrenalectomia, riconosciuta questa come la cura radicale della gangrena spontanea. Dall'esame obiettivo del paziente non ci fu dato di rilevare segni di disfunzioni endocrine chè anzi le prove farmacodinamiche si comportarono in esso come in un normale soggetto.

La forma che si imponeva invece alla nostra diagnosi era quella che nei trattati di patologia viene chiamata gangrena da endoarterite obliterante ed in cui il momento etio-patogenetico è spesso rappresentato dalla lues (arterite sifilitica obliterante di Haga).

Ma con l'anamnesi negativa, con la mancanza di segni clinici, con la R. W. ripetutamente negativa, ben poco ci autorizzava a orientarci verso la sifilide. A questo riguardo, anche l'esame istopatologico delle parti gangrenate, non consentiva, e non lo poteva, un qualsiasi orientamento etiopatogenetico poichè le lesioni istologiche riscontrate e sopra descritte, dovevano necessariamente interpretarsi come l'effetto di una causa angiopatica a tipo occlusivo (arterite obliterante produttiva?) a sede alta anche perchè il polso sulla pedidia mancava.

Le stesse flebiti, a insorgenza ripetuta, sono sicuramente legate alla malattia di cui la gangrena non è che l'esponente, ma la natura di queste, come quella delle lesioni arteriose risiedenti nelle sezioni alte dell'arto, sfugge alla nostra indagine.

Gli AA. che in casi consimili hanno potuto emettere giudizi etiopatogenetici e diagnosi anatomiche precise (Winiwarter, Scriba, Haga, Bedaridda e molti altri) (1), per aver dovuto ricorrere all'amputazione dell'arto, hanno avuto agio di esperire vaste indagini anatomiche sia in tessuti sani che in tessuti malati. Ma a noi conviene essere prudenti ed evitare le facili deduzioni limitandoci a riferire semplicemente ed obiettivamente l'andamento clinico della forma morbosa in rapporto al trattamento curativo di essa.

La cura fisica (galvanizzazione e applicazioni attiniche) associata alla cura arsenobenzolica, fu capace di darci ottimi risultati tanto più che, di fronte al carattere fagedenico che la gangrena aveva assunto in un certo periodo, rimanemmo in dubbio sulla opportunità o meno di intervenire chirurgicamente con la demolizione della parte.

Vero è che gli arsenobenzoli spesso rispondono bene sulle forme angiosclerotiche anche di natura non specifica, e nel nostro caso, poichè come

(1) Consulta: BEDARIDDA N. V.: *Acroasfissia iperestesica da arterite e flebite produttiva.* Arch. It. di Chir., vol. XVII, fasc. 6.

sopra ho detto, nulla ci autorizzò a formulare la diagnosi di natura luetica, è prudente ammettere che gli arsenobenzoli abbiano solo agito per il loro noto potere aspecifico generale sull'organismo e sul tono dei vasi migliorando le condizioni di circolo dei tessuti e degli organi.

E come deduzione pratica sarei indotto a concludere che in ogni forma di *gangrena spontanea* delle estremità giovi ricorrere, per ciò che riguarda turbe dolorifiche, alla galvanizzazione della colonna dorso-lombare e della o delle parti colpite, nonchè alla roentgenterapia, il cui meccanismo d'azione, a me pare, si esplichi sul sistema nervoso simpatico.

Inoltre è da ritenersi sempre consigliabile, prima di ricorrere ad interventi demolitori, ricorrere alla cura arsenobenzolica anche quando dalle indagini cliniche e di laboratorio non risulti la natura luetica dell'affezione e la cura in parola viene praticata, come nel nostro caso, per puro tentativo.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedale Civile di Verona - Divisione Medica
diretta dal Prof. Antonio Fagiuoli

Il bismuto nella terapia del reumatismo articolare cronico.

Dott. Carlo Secco, aiuto.

Il bismuto indipendentemente dalle precise e ben note indicazioni terapeutiche nelle forme luetiche, è stato usato per via ipodermica, e talora con successo, contro varie affezioni che non hanno alcun rapporto con la sifilide.

Io ho sperimentato la bismuto-terapia in alcune forme di reumatismo articolare cronico, sicuramente non luetiche, e precisamente nel reumatismo cronico deformante secondario a reumatismo articolare acuto e nell'artrite deformante primitiva, forme queste che nella gran maggioranza dei casi non risentono alcun vantaggio dalle solite cure fisiche, termali e medicamentose. I notevoli benefici ottenuti mi incoraggiano a rendere di pubblica ragione i risultati delle mie osservazioni.

I casi trattati sommano a trenta ed in tutti non solo l'anamnesi e l'esame obbiettivo escludevano una pregressa lue, ma la reazione di Wassermann sul siero di sangue e sul liquor risultò negativa anche dopo riattivazione con 0,15 g. di Neo-Salvarsan.

Mi sono servito del Bisiacol (I. S. M.) che è una sospensione di carbonato di bismuto in olio vegetale depurato che facilmente dà emulsione completa e duratura. In ogni paziente ho praticato diciotto iniezioni divise in tre serie di sei con intervallo di dieci giorni fra una serie e l'altra, ed ogni iniezione a sua volta con intervallo di quattro giorni.

In seguito alla cura notai la scomparsa in tutti i casi di alcuni sintomi principali che maggiormente disturbano tali malati e cioè del dolore, del senso di stiramento articolare, della tumefazione, ed in alcuni malati osservai la comparsa dei movimenti per quanto limitati, alle articolazioni colpite.

Risultati parziali se si vuole, ma costanti però e benefici per il paziente; che d'altronde sarebbe quasi assurdo il pretendere di far guarire completamente tali forme reintegrando le lesioni ossee ed articolari già da tempo stabilite.

Dato che i pazienti da me trattati, da molto tempo soffrivano di tale processo morboso e con nessuna cura riuscirono a mitigare anche in parte le loro sofferenze, ritengo che i favorevoli risultati ottenuti con il bismuto, possono far entrare tale medicamento nella terapia di questa forma morbosa.

SUNTI E RASSEGNE.

DIAGNOSTICA.

Diagnosi delle cachessie oscure.

(H. Curschmann. *Med. Klinik*, n. 16, 1927).

In cachessie poco chiare si deve pensare anzitutto alla tubercolosi polmonare (esame obbiettivo, esame radiologico, sintomi soggettivi, velocità di sedimentazione degli eritrociti, ecc.). Oppure può trattarsi di ulcera gastrica o duodenale (anamnesi, sintomi soggettivi, esame radiologico dello stomaco). Un esame obbiettivo accurato, coadiuvato dall'esame radiologico permette spesso di porre o di escludere la diagnosi di carcinoma dello stomaco o di altri organi. In molti casi una cachessia poco chiara è determinata dalla sepsi cronica: esame del cuore e dei reni, tumore di milza, anemia secondaria, febbre, nelle donne, esame dei genitali interni. Dimagramento notevole e astenia possono essere determinate anche da infezioni croniche delle vie urinarie, o da affezioni del rene (esame dell'urina). Anche la lue latente può talvolta determinare notevole dimagramento, specialmente nei suoi stadii precoci: ricerca dei segni luetici, reazione di Wassermann. L'esame del sangue e l'esame obbiettivo permetterà di decidere per l'esistenza o meno di un'anemia perniciosa, di una leucemia, di un linfogranuloma; l'ittero emolitico può venir escluso se mancano il tumore di milza, l'urobilinuria e urobilinogenuria, la diminuzione di resistenza degli eritrociti, le crisi epatiche (l'ittero in alcuni casi può essere così lieve da sfuggire

all'osservazione). Malattie mentali possono condurre a dimagramento notevole; o in seguito a disturbi dispeptici, oppure in conseguenza del digiuno cui si sottomettono questi pazienti senza dirlo al medico nè farlo notare a chi li osserva e sorveglia. In altri casi il dimagramento e la adinamia hanno un'origine endocrina. Così in casi di ipertireosi larvata (aumento del ricambio respiratorio, ipersensibilità della glicemia e della pressione verso l'adrenalina, diminuzione della viscosità e della concentrazione proteica del siero ematico; di solito assenza di sintomi oculari, di diarrea, di sintomi cardiaci, di tremore); in casi di insufficienza surrenale con o senza melanodermia (dimagramento, adinamia, ipotensione, frigidità, decorso relativamente benigno); in casi di cachessia ipofisaria nella sua forma incompleta (diminuzione del ricambio basale, notevole diminuzione e rallentamento dell'eliminazione dell'acqua, mentre il potere di concentrazione del rene è normale, emissione di piccole quantità di urina, assenza di sete; azione curativa di preparati del lobo anteriore dell'ipofisi). Anche tumori delle surrenali determinano spesso cachessia: nei bambini si osserva una pubertà precoce, nelle donne adulte una trasformazione dei caratteri sessuali secondari, barba, disposizione mascolina dei peli e del grasso, voce profonda). In altri casi il disturbo endocrino interessa più glandole: si possono avere sintomi ipofisari, sintomi tireogeni, sintomi pancreatici, sintomi genitali. Quadri morbosi simili a quelli determinati da disturbi endocrini pluriglandolari si osservano talvolta in casi in cui le glandole endocrine sono perfettamente normali; si tratta di lesioni organiche cerebrali, localizzate specialmente nella regione sottotalamica del mesencefalo e interessanti uno o più centri del ricambio.

A quest'ultima categoria l'A. ascrive un caso da lui osservato: una donna di 27 anni astenica, ammalatasi dopo la prima gravidanza e parto con adinamia e dimagramento progressivo fino alla cachessia. Esame obbiettivo negativo, negativi tutti gli esami secondari, pressione del sangue 100: 60 frigidità sessuale, esame del sangue normale.

POLLITZER.

SISTEMA NERVOSO.

Meningite e meningismo.

(F. C. ZANGARI. *Morgagni*, n. 28, luglio 1927).

Sulla meningite ed il meningismo sono state pubblicate tante note e classifiche che riesce difficile orizzontarsi. Agli effetti della pratica intanto è necessario poter differenziare la meningite dal meningismo, sia per la prognosi, sia per la condotta terapeutica.

L'A. si ferma sopratutto sulle meningiti sierose conseguenza delle infezioni acute, di cui le principali sono: la polmonite, il tifo, il paratifo, la grippe, la scarlattina, ecc.

In questi casi si ha frequentemente la meningite franca, la quale è di regola purulenta, e presenta un rapporto perfetto tra i sintomi clinici e le lesioni anatomo-patologiche. A volte però ai sintomi clinici netti (rigidità della nuca, Kernig, paresi, convulsioni) non fanno riscontro le lesioni anatomo-patologiche. Queste forme dapprima osservate nei bambini, quali complicanze di polmonite, furono dette pseudomeningiti.

Il Quincke per primo chiamò queste forme col nome di meningite sierosa, ed intendeva alludere con tale designazione ad uno stato infiammatorio delle meningi, non dipendente da infezioni parassitarie, il che fu dimostrato errato in seguito, allorchè si affermarono le ricerche batteriologiche.

Queste forme ad essudato sieroso, e senza relativa lesione anatomo-patologica, nel 1894 furono chiamate dal Dupré meningismi.

Sorsero presto delle difficoltà per poter differenziare una meningite sierosa da un meningismo, nel mentre che la malattia di Quincke e la sindrome di Dupré importano una distinzione necessaria per la cura e la prognosi.

I sintomi osservati nelle affezioni delle meningi sono dovuti alla compressione del cervello ed agli stimoli infiammatori dei nervi cerebrali e di quelli del midollo spinale.

Queste condizioni possono aumentare i riflessi e creare sempre nuovi segni. Per la meningite però resta sempre il classico tripode meningitico: cefalea, stitichezza, vomito a razzo. Importanti altresì sono: la rigidità nucale, il s. di Kernig, i segni piramidali, fra cui il Babinski; nei bambini il s. di Lasegue (insorgenza di dolore spontaneo ad ogni movimento), il Brudzinski (la flessione della testa all'indietro fa flettere le gambe sulle ginocchia, le cosce sull'addome, gli avambracci sulle braccia).

Di minore importanza sono i s. di Groër (flessione dorsale dell'alluce alla pressione sulle sinfisi), di Edelmann, di Nizzoli, di Gringold (strabismo riflesso da flessione in avanti della testa) di Flattaù (midriasi con lo stesso movimento).

Nei bambini la meningite si può iniziare con convulsioni generali epilettiformi o col grido idroencefalico; in essi è importante la ricerca del s. di Slesinger: ai movimenti spontanei del capo segue il movimento dei globi oculari, mentre nei normali esso precede o è sincrono ai movimenti del capo.

Indispensabile per la diagnosi di meningite è

l'esame del liquor, ottenuto con la puntura lombare.

Per l'albumina sono stati proposti diversi metodi, quello di Nonne-Apelt, di Pandy. Ha importanza la glicorrachia: Bokai nella meningite tbc. ha trovato diminuzione dello zucchero, il quale si riduce a zero prima della morte. Nella meningite sierosa esiste aumento di zucchero; i sali diminuiscono.

L'ipotesi più accetta sull'origine del liquor è quella che lo fa dipendere dal parenchima dei plessi coroidei. CARUSI.

Tecnica della cura Bordier nella paralisi infantile.

(G. CHIZZOLA. *Paris médical*, n. 4, 1927).

Il complesso dei mezzi fisici escogitati dal prof. Bordier di Lione per combattere la poliomielite anteriore acuta rappresenta indubbiamente un reale progresso, come unanimemente vien riconosciuto dagli autori *che hanno bene applicato il metodo.* E per bene applicarlo è necessario di non dimenticare le nozioni anatomo-patologiche delle lesioni determinate dal processo poliomielitico nelle diverse fasi contro le quali è diretto il trattamento radioterapico. Il trattamento tende anzitutto a combattere l'edema, l'infiltrazione parvicellulare e l'organizzazione del tessuto congiuntivo di riparazione, fenomeni che danneggiano seriamente le cellule motrici fino a provocare la loro morte per strangolamento e compressione: a questo primo obiettivo è rivolta l'azione della radioterapia che è deputata a combattere le cause dirette della poliomielite e della paralisi.

In secondo luogo il trattamento si propone di rimediare nel modo più razionale alle conseguenze del processo midollare rappresentate dalla insufficienza dell'irrigazione sanguigna, dall'ipotermia e dall'atrofia muscolare: e ciò mediante la diatermia e l'elettroterapia.

Il periodo migliore per la radioterapia è quello che segue al periodo acuto febbrile che può durare da 2 a 4 settimane: è il periodo della paralisi, dell'ipotermia e dell'ipotrofia. Bisogna irradiare il segmento di midollo corrispondente al territorio della paralisi impiegando raggi duri filtrati a traverso mezzo millimetro di zinco e un millimetro d'alluminio. La direzione migliore per operare correttamente è quella che passa per le lamine vertebrali: *i raggi debbono essere perpendicolari al piano di queste lamine.* Per ottenere buoni risultati bisogna situare il piccolo malato in una posizione intermedia fra la posizione laterale e il decubito addominale.

Nei casi di paraplegia l'A. fa assorbire per quattro giorni consecutivi un quarto di dose-eritema facendo due irradiazioni a destra e due a sinistra alternativamente: nei casi di monoplegia applica egualmente un quarto di dose-eritema al giorno per tre giorni consecutivi irradiando soltanto il lato leso.

La dose dev'essere esatta e si misura con l'ionometro di Solomon. Fra le serie d'irradiazione (2-3 secondo i casi) si lascia un intervallo di tre settimane: durante tale intervallo si pratica il trattamento diatermico e l'elettroterapia, riservando i primi dieci giorni alle applicazioni quotidiane di diatermia. Per l'arto superiore si applica un elettrode di piombo nella regione cervicodorsale, l'altro sotto la mano; per l'arto inferiore un elettrode nella regione lombare, l'altro sotto la pianta dei piedi; in caso di paraplegia si applicano due elettrodi agli arti disponendo i piedi sulla stessa placca; il calore dev'esser mite e la durata della seduta di 20-25 minuti.

Per la elettroterapia si applicano la corrente galvanica e la sinusoidale a giorni alterni o nello stesso giorno: il polo positivo si piazza sulla regione cervico-dorsale, il negativo all'estremità dell'arto. Intensità sempre debole (3-8 milliampères); durata 20 minuti.

Le cure diatermiche ed elettroterapiche debbono essere continuate per lungo tempo lasciando degli intervalli di 1-2 mesi secondo i casi; e ciò perchè si osserva sempre, anche in malati che hanno ottenuto una guarigione clinica soddisfacente, una particolare tendenza, specie nella stagione fredda, alla ipotermia e all'ipotonicità degli arti colpiti.

Il fattore principale del metodo Bordier è la radioterapia; la sua azione non è diretta, sulle cellule nervose, ma indiretta sull'edema periferico e sulla infiltrazione parvicellulare con risoluzione dello stato flogistico. Tale azione è aiutata e completata dalla diatermia e dall'elettroterapia.

T. ISIDORI.

I CONGRESSI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XXXIII Congresso di Medicina Interna.

(*Continuazione; vedi fasc. prec.*).

Seduta del 20 ottobre, ore 10.

Seduta in comune con la Società Italiana di Chirurgia

Presidenza: Proff. ASCOLI-FERRARI.

Stitichezza abituale. (Sinonimi: Stitichezza funzionale, cronica).

PARTE MEDICA.

Relatore: Prof. FRANCESCO SCHIASSI (Bologna).

I. *Definizione*. — Nell'uso comune « stitichezza abituale » significa quella sindrome caratterizzata da un disturbo funzionale primitivo dell'attività motrice del tubo digerente che si rivela con ritardato o incompleto votamento dell'alvo.

Si ritiene dai più che il segmento primitivamente interessato sia il crasso.

Con questa definizione si intende eliminare i casi in cui il progredire e l'emissione delle feci è ostacolato principalmente da un impedimento meccanico grossolano.

La definizione, così chiara dal punto di vista teoretico, incontra difficoltà notevoli quando si tratta di applicarla ai casi concreti, cioè alla diagnosi clinica.

L'idea direttiva è la seguente:

1) il malato di stitichezza abituale presenta un quadro morboso che egli circoscrive all'intestino, in cui però la sindrome intestinale è un dettaglio in mezzo a un cumulo di sintomi neurotici che interessano tutto l'individuo, nel duplice aspetto fisico e psichico;

2) il malato di stitichezza meccanica presenta un quadro morboso che primitivamente è dominato dalla sindrome intestinale.

II. *Anatomia*. — Tutte le volte che ci proponiamo di comprendere la natura di un processo morboso abbiamo necessità di partire da quelle cognizioni basali che riguardano i caratteri anatomici degli organi o dell'organo colpito.

Forse per nessun'altra parte del tubo digerente le nozioni di anatomia sono così incerte come per il crasso.

Di fronte alla straordinaria variabilità dei caratteri anatomici quantitativi o topografici del colon, è possibile giungere a un complesso di dati statistici i quali consentano di arguire, in base alla conformazione generale corporea, in base al tipo costituzionale morfologico i caratteri degli organi interni?

Il medico ha scarsi mezzi per il rilievo nel vivente dei caratteri anatomici quantitativi e topografici dei visceri: i mezzi tradizionali di indagine (l'ispezione, la palpazione, la percussione, l'ascoltazione) consentono di cogliere i dati molto grossolani. L'indagine radiologica sotto questo punto di vista ha consentito di fare un gran passo innanzi fornendoci nozioni anatomiche dell'individuo vivente, ma è all'anatomico che noi chiediamo di risolvere questo quesito:

Dato un individuo di una determinata costituzione morfologica, rappresentata da caratteri esterni antropometrici ben definiti, quali sono i caratteri anatomici degli organi interni?

Ponendo il quesito in termini così chiari la medicina pratica, ancora una volta nello sviluppo storico delle nostre discipline, invita a nuove ricerche gli studi anatomici, che sembravano essersi cristallizzati in una forma non più suscettibile di mutamento di indirizzo.

Molti anatomici hanno sentito la necessità di una revisione del loro programma e già si afferma in Italia ed altrove (Castaldi, Hammar, Lubosch) un indirizzo che intende stabilire rapporti di combinazione e correlazione fra la forma somatica, considerata nel suo insieme, e i caratteri anatomici dei singoli organi.

III. *Fisiologia*. — Questo capitolo richiede di necessità una notevole ampiezza di svolgimento, perchè senza una conoscenza della attività normale dell'intestino è impossibile giungere a qualsiasi concezione del meccanismo dell'alterata funzione motrice del colon che è, secondo l'opinione corrente, il fattore della stitichezza abituale.

1. *Movimenti dell'intestino crasso*. — Anche nel crasso, come in ogni parte del tubo digerente, si compiono due funzioni: una secretoria e una motrice. Per l'argomento che ci interessa è la funzione motrice che deve essere particolarmente presa in considerazione.

a) *Grandi movimenti — Motus peristalticus magnus di Holzknecht — Grandi movimenti pendolari di Rieder*. — L'oscurità fu rotta da un rilievo di Holzknecht (1909), che su 1000 intestini esaminati riuscì a vedere due volte movimenti che egli così descrisse: in un caso « scomparsa improvvisa della segmentazione australe e passaggio rapido del contenuto intestinale nel colon discendente. Questo si presentava come una fascia a contorni paralleli, non solcati, che rapidamente mutava aspetto segmentandosi ».

In un altro caso il colon ascendente pieno si vuotava nello stesso modo nel colon trasverso. Holzknecht concludeva che il contenuto del ceco progredisce fino al retto in virtù del ripetersi a lunghi intervalli (2-3 volte in 24 ore) di questi movimenti che furono chiamati « grandi movimenti del colon » o « motus peristalticus magnus ».

Movimenti retrogradi sono stati messi in evidenza da Block, v. Bergmann e Lenz, Rieder, Schwarz, Lossen, de Quervain, ma il meccanismo della loro produzione non è chiaro; secondo l'opi-

nione dei più autorevoli radiologi è da escludersi nell'uomo l'intervento di onde antiperistaltiche. Secondo Lenz sarebbero in rapporto con la contrazione di tutto l'apparato muscolare di un tratto notevole del crasso, preceduta da appianamento della segmentazione australe. Tali movimenti sono simili ai grossi movimenti di Holzknecht.

b) *Movimenti peristaltici.* — Nell'uomo sicuri movimenti peristaltici non sono stati osservati nella porzione ascendente del crasso: molto discussa è la loro presenza nel trasverso, constatata da Fischl e Porges: fatti probativi stanno in favore della peristalsi nel colon discendente (Rieder).

c) *Piccoli movimenti. Movimenti di rimescolamento (Schwarz, Kastle). Scorrimento delle austra (Kafsck).* — Bisogna prendere in considerazione oltre ai grandi movimenti anche i piccoli movimenti del colon.

Nell'uomo furono descritti da Schwarz, Kastle dei movimenti irregolari sotto forma di rovesciamenti (Stulpbegungen) e di rientramenti (Einziehbewegungen) che interessano la austra. Questi movimenti, studiati anche in Italia dal Serena col seriografo di Busi e chiamati da questo autore « movimenti ameboidi », hanno principalmente lo scopo di rimescolare il contenuto: non è ben dimostrata la loro importanza come fattori capaci di farlo progredire. Oltre questi particolari piccoli movimenti di Schwarz, Kastle, Serena ne sono stati descritti nel colon altri chiamati Haustrenfliessen (Katsch, Borchers) cioè scorimento delle austra, osservati prima negli animali (nel coniglio col metodo della finestra addominale) e studiati anche nell'uomo (v. Bergmann e Katsch).

2. *Influenza del sistema nervoso vegetativo sulla attività motrice dell'intestino.* — I metodi d'indagine più antichi si riducono allo studio dei movimenti intestinali in seguito alla stimolazione elettrica dei rami simpatici o parasimpatici.

Per ciò che riguarda il crasso l'eccitazione degli splancnici e dei nervi ipogastrici determina una azione assai meno evidente che sul tenue, però della stessa natura, cioè inibizione dei movimenti pendolari, delle oscillazioni del tono, delle onde peristaltiche e antiperistaltiche, dilatazione del ceco.

L'eccitazione dei nervi pelvici determina movimenti alla estremità del tubo digerente, cosicchè questi nervi furono considerati come i nervi della defecazione (Elliot e Barclay-Smith).

Secondo Boehm l'eccitazione dei nervi pelvici si manifesta con fenomeni motori, anche nel crasso prossimale.

Esame funzionale farmacologico. — L'azione che alcune sostanze esercitano sulle varie parti del sistema nervoso vegetativo ha servito di base a un nuovo metodo d'indagine della innervazione viscerale cioè al metodo farmacologico. Esso costituisce la parte fondamentale delle prove solo per quella parte che riguarda la funzione motrice dell'intestino e in modo particolare del colon.

Le sostanze del gruppo della muscarina (Muscarina, Fisostigmina, Pilocarpina, Colina) eccitano il parasimpatico, l'atropina lo paralizza.

L'adrenalina eccita il simpatico, la nicotina lo paralizza. Questa concezione schematica non corrisponde alla realtà se non nelle linee generali, poichè rispetto a certi organi (ad es. il cuore, che accelera i suoi battiti per azione della pilocarpina) l'azione farmacologica sembra contraddittoria.

Inoltre l'azione dipende in larga misura dallo stato dell'organo.

3. *Influenza delle ghiandole a secrezione interna sulla motilità dell'intestino.* — Pur non essendovi opinioni concordi riguardo all'azione specifica degli ormoni di ogni ghiandola endocrina sulla motilità dell'intestino, si può ritenere giustificata da un certo numero di fatti probativi la suddivisione di tutte le ghiandole in due gruppi ad azione antagonista (Boenheim): le ghiandole stimolatrici della motilità sarebbero il timo, la tiroide e il lobo posteriore della ipofisi (il timo agisce stimolando il parasimpatico della parete, il lobo posteriore della ipofisi mandando impulsi centrifughi verso la parete).

Le ghiandole inibitrici sarebbero le surrenali, le sessuali e il lobo anteriore della ipofisi.

4. *Influenze nervose riflesse sulla attività motrice dell'intestino.* — L'eccitazione dei nervi spinali sensitivi provoca i movimenti della defecazione. L'eccitazione di fasci simpatici centripeti, cioè sensitivi, per lo più determina inibizione dei movimenti del crasso, raramente esagerazione.

L'eccitazione del moncone centrale del vago inibisce l'intestino tenue, mentre sul crasso ha una azione eccitatrice.

L'eccitazione delle vie centripete dei nervi pelvici determina inibizione del tenue (eccezionalmente una lieve stimolazione) e per lo più stimolazione della motilità del crasso (raramente inibizione). Risulta così evidente che l'attività motrice dell'intestino può essere in vario modo influenzata per via riflessa.

Riflessi provocati (bedingte Reflexe) di Pawlow. — È merito di Pawlow l'aver dimostrato sperimentalmente che sulla attività secretoria di certe ghiandole annesse all'apparato digerente (ghiandole salivari, ghiandole gastriche) possono agire in via riflessa stimoli sensoriali (uditivi, visivi) che passano necessaramente per il cervello e giungono alla coscienza, per poi trasmettersi ai centri del sistema nervoso vegetativo.

5. *Innervazione antagonistica dell'intestino.* — Da quanto si è detto precedentemente risulta che dal sistema cerebro-spinale vengono mandati all'intestino stimoli ad azione opposta o, come si dice abitualmente, antagonisti lungo le vie del simpatico e del parasimpatico: il simpatico ha un'azione inibitrice sulla motilità dell'intestino crasso, il parasimpatico un'azione eccitatrice.

6. *Necessità di una fisiologia costituzionale.* — Come l'anatomia tradizionale coi suoi valori medi offre alla clinica nozioni spesso deficienti per la conoscenza dei fenomeni individuali, così anche la fisiologia tradizionale, seguendo lo stesso metodo descrittivo dei fenomeni funzionali e basando le proprie deduzioni principalmente sui fatti osservati negli animali da esperimento non consente di concepire nel caso concreto individuale la peculiarità della funzione.

La necessità di mettere un poco di ordine nella conoscenza delle varietà funzionali individuali è da tempo sentita dai clinici costituzionalisti, che dopo aver definito i tipi costituzionali dal punto di vista morfologico, si sono sforzati di definirli anche dal punto di vista funzionale. Questo indirizzo è veramente la catena che unisce gli studi morfologici costituzionalisti allo studio clinico del malato, in quanto che la malattia nel suo inizio è principalmente alterazione di funzione.

Holzknecht ha avuto l'impressione che nei due tipi costituzionali fondamentali di Kretschmer, cioè nel leptosomico, che corrisponde al nostro longilineo, e nel picnico. che corrisponde al nostro megalosplancnico, si verifichi a proposito del colon, un tipo funzionale a caratteri antitetici e precisamente atonico nel primo, spastico nel secondo.

I due tipi funzionali si alterano nella stitichezza in maniera particolare e cioè con tendenza il picnico alla stitichezza spastica, il leptosomico alla stitichezza atonica.

Un metodo che consente, fra il numero infinito delle varianti, di classificare esattamente la metà degli individui di una popolazione, è indubbiamente un metodo che dà un orientamento sicuro nello studio delle varianti.

Risulta evidente dalle ricerche fatte che l'aspetto radiologico del colon presenta nei due tipi costituzionali fondamentali caratteri antitetici e precisamente: nel megalosplancnico flessure alte, austrazione accentuatissima, suddivisione del contenuto in globi distanziati l'uno dall'altro; aspetto talora nastriforme sottile del colon discendente; nei microsplancnici, flessure basse, austrazione meno accentuata per cui la colonna centrale risulta di calibro notevole, globi fecali avvicinati.

Questa è la fisiologia costituzionale.

Come è già sorta una anatomia costituzionale in Italia per merito principalmente del Gastaldi, in Germania per merito di Hammar e di Lubosch, noi attendiamo che sorga anche una fisiologia costituzionale la quale non dia soltanto valori medi, desunti da varianti individuali che possono essere estremamente lontane le une dalle altre, ma dia i valori dei caratteri funzionali di quel dato tipo, di quella data categoria a cui l'individuo può essere ascritto.

È ovvio che questa fisiologia costituzionale è veramente ed esclusivamente una fisiologia umana il cui incremento non solo è auspicato dai clinici, ma è desiderato e voluto da quei fisiologi che aspirerebbero a collocare i loro istituti accanto alle nostre corsie di ammalati.

IV. *Etiologia.* — 1. *Fattori psichici.* — La stitichezza abituale è un tormento riservato alle popolazioni civili e fra le varie classi delle popolazioni civili le classi colte sono le più colpite. Questa constatazione sta ad indicare l'importanza delle abitudini sociali e della evoluzione delle facoltà mentali sulla vita vegetativa.

2. *Azioni nervose riflesse che si compiono nell'ambito della vita vegetativa.* — È noto dalla fisiologia (cfr. *Capit. della Fisiologia*) che le stimolazioni delle vie centripete dei nervi spinali determinano in via riflessa inibizione dei movimenti intestinali.

Nell'uomo questi stimoli di solito giungono alla coscienza provocando sensazioni dolorose.

Quando queste influiscono sulla attività motrice dell'intestino, nella maggioranza dei casi provocano stitichezza, raramente diarrea.

È noto anche che molte affezioni viscerali (delle vie biliari, dello stomaco, dell'intestino, delle vie urinarie, dell'appendice, degli annessi) s'accompagnano alla stitichezza. Il rapporto di frequenza varia: in certe affezioni, come il cancro dello stomaco e l'ulcera gastrica e duodenale il rapporto diventa quasi costante, sicchè la stitichezza è un sintomo indiretto che acquista un valore diagnostico notevole. Di solito nell'ulcera si tratta di una stitichezza che può durare per mesi ed anni, che scompare per lunghi periodi e ricompare sempre con la ricomparsa della sindrome dell'ulcera onde è più giusto chiamarla « stipsi occasionale ».

3. *Condizioni organiche.* — Affermata l'importanza dei fattori psichici e nervosi nel determinismo della stitichezza, non si può trascurare quel complesso di condizioni organiche che hanno costituito indubbiamente lo stimolo principale agli interventi chirurgici.

A) *Condizioni organiche congenite.* — Si possono suddividere in due gruppi: 1) Anomalie di forma e posizione dell'intestino; 2) Membrane.

1) *Anomalie di forma e di posizione dell'intestino.* — Nello studio di questo argomento per procedere su un terreno sicuro bisognerebbe poter partire da nozioni anatomiche ben stabilite. Ho detto già che tali nozioni fanno difetto e perciò non recherà sorpresa se anche i rapporti causali fra anomalie morfologiche e stitichezza non risultano convalidati da nozioni sicure.

I caratteri anatomici topografici sono quelli che più hanno colpito l'attenzione e il segmento più accuratamente studiato è il ceco.

Dal punto di vista topografico il ceco può essere alto o basso, fisso o mobile. Principalmente il carattere della mobilità, in seguito agli studi di Wilms, è stato messo in rapporto con la stitichezza. Secondo Treves nel 10 % di tutti i soggetti esistono i segni del ceco mobile (le statistiche degli altri autori oscillano fra il 10-20 %).

Intendiamoci bene: è un fatto indiscutibile che con il ceco mobile, con la ptosi intestinale

si ha spesso associato il sintoma o la sindrome della stitichezza. Ma se la mobilità del ceco fosse causa di questo sintoma esclusivamente per condizioni meccaniche create dal breve tratto di mesenterium comune ileo-colico, che dovrebbe avvenire nei casi in cui la persistenza del mesenterium comune è estesa a tutto o gran parte dell'intestino?

E quando associata al mesenterium commune v'è la stitichezza (caso Vigi), questa non è il solo sintoma del tubo digerente, ma è accompagnata da un corteo sintomatico vagotonico gastrointestinale, in cui il fattore meccanico non può assolutamente intervenire.

L'unica anomalia di forma che si accompagna costantemente a stitichezza è il « megacolon congenitum » caratterizzato da dilatazione totale o di singoli segmenti del crasso (Neugebauer).

Se da un lato è vero che la enorme dilatazione del colon alla nascita è il risultato di una anomalia di sviluppo, dall'altro v'è chi considera il megacolon, almeno in certi casi, come il risultato di un disturbo di innervazione (Burckhardt).

Il megacolon può essere:

1) congenito;

2) acquisito: *a*) per lunghezza eccessiva e formazione di anse; *b*) per valvole rettali; *c*) per stati spastici degli sfinteri e della muscolatura intestinale; *d*) per lesioni dell'apparato nervoso dell'ultima parte del crasso.

2. *Membrane*. — Siano esse infiammatorie (Wirchow) o il risultato di anomalie di sviluppo (Rost, de Gaetano, Valtorta) i lunghi periodi di compenso intercalati ai periodi di stitichezza stanno a dimostrare l'intervento, oltre al fattore meccanico, di un fattore funzionale.

B) Condizioni organiche acquisite. — Tralascio di considerare le condizioni infiammatorie neoplastiche (benigne o maligne) che conducono ad un restringimento notevole del lume intestinale; qui la vera natura del processo può essere tradita dalla comparsa a quando a quando di crisi d'occlusione. Voglio tuttavia rilevare che anche profonde alterazioni della parete, con ispessimento di questa e quindi con la creazione di una condizione che potrebbe apparire un ostacolo meccanico, come la tbc. del ceco, s'accompagnano a quello strano fenomeno radiologico che è il fenomeno di Stierlin. Esso consiste nel mancato riempimento del ceco e del colon ascendente 5-8 ore dopo un pasto del Rieder, quando sono piene del pasto da un lato le ultime anse dell'ileo, dall'altro il trasverso. La mancanza del riempimento venne attribuita da Stierlin a una ipermotilità della parete e perciò a un passaggio troppo rapido degli ingesti.

Sorvolerò su tutte le forme diverticolari o da corpi estranei (compresi i parassiti ascaridi) per indugiarmi sulla importanza delle aderenze infiammatorie come fattori causali di stitichezza.

Le aderenze possono essere prodotte da qualunque processo infettivo della cavità addominale e possono essere prodotte anche da stimoli non infettivi come i traumi.

Se da un lato non si può negare che estese aderenze sono in grado di determinare gravi disturbi della canalizzazione intestinale con stipsi e crisi occlusive, dall'altro si deve riconoscere che nella grande maggioranza dei casi le aderenze non determinano la stitichezza e se questa interviene si è autorizzati perciò a credere o che si tratti di una estensione eccezionale delle aderenze o che altri fattori esercitino una azione preponderante.

4) *Ghiandole a secrezione interna*. — In base alle nozioni esposte riguardo alla influenza delle ghiandole endocrine sulla attività motrice del tubo digerente in condizioni normali (cfr. Fisiologia) è facile immaginare come vi possano essere forme di stitichezza in rapporto ad alterazioni funzionali di queste ghiandole.

Boenheim distingue tre tipi di stitichezza d'origine ormonica:

a) stitichezza ipotiroidea;

b) stitichezza ipopituitarica;

c) stitichezza ipersurrenale (Loeper).

Falta osservò un soggetto con mixedema incipiente che andava di corpo ogni due o tre mesi.

Vi sono osservazioni cliniche le quali stanno a dimostrare la profonda influenza sulla attività motrice intestinale prodotta da quel complesso di modificazioni nella attività ormonica che avvengono durante la gravidanza.

5) *Ereditarietà*. — Una indagine anamnestica statistica, fatta in un numero notevole di soggetti con stitichezza abituale mi ha dimostrato che non è raro riscontrare nella stessa famiglia più individui colpiti da stipsi, sia pure di diversa gravità e di diversa forma. Dallo studio anamnestico dettagliato di molti casi sembra di poter escludere l'influenza delle abitudini alimentari e delle abitudini di vita; più difficile è l'esclusione della influenza della suggestione, la quale però in ultima analisi si può riferire a un comune substrato neurotico famigliare, ciò che conferma l'importanza della predisposizione ereditaria.

6) *Errore alimentare*. — Sull'importanza di questo fattore ha insistito principalmente C. v. Noorden.

Gli argomenti in favore di una stitichezza per ingestione di alimenti poveri di residui indigeribili (cellulosa) sono due:

1) la frequenza della stitichezza nelle classi colte, le quali preferiscono una alimentazione principalmente carnea e povera di cellulosa;

2) la diminuzione della stitichezza alimentare durante la guerra, quando fu ridotto il consumo della carne e di necessità aumentò il consumo dei vegetali.

V. *Patogenesi*. — Con quale meccanismo i molteplici fattori causali della stitichezza creano il quadro morboso?

Nel rispondere a questo quesito gli studiosi dell'argomento si sono spesso smarriti in un mare magnum di ipotesi, i cui rapporti coi fatti concreti non sempre risultano evidenti.

Noi partiamo dalla constatazione di alcuni fatti clinici universalmente riconosciuti:

1) la stitichezza abituale è un tormento riservato alle popolazioni civili e fra le varie classi delle popolazioni civili le classi colte sono le più colpite;

2) il malato di stitichezza abituale presenta un quadro morboso che egli circoscrive all'intestino, in cui però la sindrome intestinale è un dettaglio in mezzo a un cumulo di sintomi neurotici che interessano tutto l'individuo fisico e psichico;

3) fra i molteplici fattori causali della stitichezza abituale v'è un elemento dinamico o funzionale, la cui importanza varia da caso a caso e che in certi stitici può considerarsi l'unico fattore causale della malattia.

Questo elemento può definirsi in modo generico come una « reazione abnorme del sistema vegetativo » intestinale.

Lo stitico presenta spesso le stimmate psicologiche di quella condizione che comunemente si chiama neurosi.

La localizzazione intestinale della neurosi avviene in molti casi per la incapacità di adattare una funzione organica — emissione delle feci — primitivamente riflessa alle esigenze della vita civile.

Con ciò non s'intende negare l'importanza di tutti gli altri fattori causali, non psicologici, ricordati nel capitolo precedente fra i quali in prima linea stanno le anomalie costituzionali (morfologiche e funzionali): Essi erano una condizione abnorme nella funzione del sistema nervoso vegetativo, che conduce alla stitichezza abituale specialmente il soggetto avente la reattività psichica del neurotico, nel quale ad ogni sensazione abnorme proveniente dall'intestino crasso tutti gli elementi della vita interiore vengono mobilitati e convergono verso il punto da cui parte la sensazione abnorme stessa. Allora può insorgere una alterazione funzionale prodotta dalla sensazione abnorme, che in un individuo non neurotico sarebbe passata inosservata. In questa concezione il malato colpito da stitichezza è considerato nella sua individualità psico-fisica: egli nella narrazione dei suoi mali tende sì a circoscrivere il quadro morboso all'intestino, agli ipocondri (ed è per questo che vien chiamato ipocondriaco); ma la sindrome intestinale, all'analisi minuta del medico, risulta un dettaglio in mezzo a un cumulo di sintomi neurotici che interessano il corpo e lo spirito.

Noi ci siamo sforzati nella concezione del meccanismo patogenetico della stitichezza di tener conto di tutta la costellazione dei fattori causali e riteniamo di essere così meglio agguerriti nell'affrontare il problema terapeutico, sapendo di dover rivolgere i nostri sforzi non solo al tentativo di correggere l'alterata funzione intestinale, ma anche al tentativo di modificare lo stato psichico neurotico dell'infermo, che può ripercuotersi su tutti gli altri segmenti della vita vegetativa.

Le modalità di queste ripercussioni costituiscono la sintomatologia speciale di ogni malato, il colorito particolare del suo quadro morboso.

VI. *Sintomatologia.* — Anzitutto consideriamo il sistema caratteristico, cioè il ritardato o incompleto votamento dell'alvo.

Quand'è che il votamento dell'alvo si considera anormale? Dobbiamo a F. Schilling uno studio interessante sul numero e sull'intervallo normale delle evacuazioni.

In base ai dati statistici noi dobbiamo considerare stitico ogni soggetto che va di corpo a intervalli superiori alle 24-48 ore. Questo come criterio generale, ma da un lato non bisogna considerare come stitici soggetti che vanno di corpo ogni 2-3 giorni e stanno benissimo e dall'altro non bisogna escludere dal novero degli stitici soggetti che, pur avendo, ogni giorno il benefizio, vuotano incompletamente l'alvo e presentano con chiara evidenza la sintomatologia della stitichezza di cui parlerò fra poco.

V'è poi una varietà di stitichezza rara in cui l'alvo rimane chiuso per alcuni giorni (2-3), poi per qualche giorno si ha l'emissione di più scariche quotidiane, per lo più di feci commiste ad abbondante muco.

Anche prima dell'epoca radiologica non era sfuggita ai clinici una differenza sostanziale nella sindrome degli stitici: intendo alludere alla sintomatologia della stipsi spastica e della stipsi atonica.

Vi sono stitici che raccontano di non sentire il bisogno di andar di corpo per 3-4-5 giorni, di non avere in questo periodo alcun disturbo nè generale, nè locale, finchè trascorsa una settimana esplode tutta un tratto una sindrome con sintomi locali e generali che costringono il soggetto a vuotare l'alvo a tutti costi.

Vi sono stitici invece che ogni giorno sono tormentati da un complesso di sintomi addominali, che li spingono al gabinetto, dal quale ritornano spesso delusi.

I sintomi sono un senso di tensione, accompagnato da borborigmi; frequenti sensazioni dolorose di tipo colico.

Le feci sono dure costituite da pallottole compresse le une contro le altre, hanno il carattere cioè delle feci caprine.

Non è raro che questi malati presentino periodi in cui la stipsi si alterna con la diarrea specialmente con crisi di diarrea mucosa.

***

Ho già ricordato che talvolta la stipsi si alterna con periodi di diarrea, con emissioni di feci mucose, con crisi dolorose addominali di tipo colico (colica mucosa). Se il ristagno fecale ha determinato processi infiammatorî e ulcerativi (colite) oltre al muco si può avere emissione di sangue, cioè una sindrome dissenterica.

Alla colite può associarsi la febbre, sia per effetto della infiammazione della parete sia per effetto dell'assorbimento dei prodotti della scomposizione degli alimenti. Ho osservato una ammalata che trascorsi 5-6 giorni dall'ultima evacua-

zione comincia a febbricitare (37°.5-38°) e la febbre cessa non appena può liberarsi dall'ingombro.

È noto a tutti infine che gli ammalati di stitichezza abituale vanno soggetti alle emorroidi e alle complicazioni che queste possono produrre.

***

Ma non è la sintomatologia localistica che maggiormente interessa esporre: essa è nota non solo ai medici, ma anche ai profani.

V'è un complesso di altri sintomi che non mancano quasi mai nei veri stitici e che il medico deve cercare con opportune domande, altrimenti corre rischio di non cogliere del quadro morboso un lato più importante dal punto di vista patogenetico. Si tratta di sintomi in parte fisici in parte psichici.

I sintomi fisici principali sono: gonfiore di ventre che impedisce il respiro, che ostacola l'attività del cuore; senso di pesantetzza al capo, di vertigine, di stordimento, senso di spossatezza che toglie la capacità di lavorare.

I sintomi psichici sono riferibili a uno stato di depressione, di ipocondria: malumore, melanconia, preoccupazione di ogni piccola contrarietà.

E tutti questi guai cominciano ad affliggere questi stitici appena trascorse le 24 ore dall'ultima evacuazione, quando tornano dal gabinetto delusi nell'attesa della evacuazione quotidiana.

Essi imprimono al quadro il carattere della neurosi, e danno una intonazione di colore particolare a tutta la sintomatologia.

La sagacia del medico consiste principalmente nell'apprezzare questo colorito talvolta nascosto dal malato con ogni cura: esso costittuisce lo sfondo da cui emerge la sindrome localistica della stitichezza.

VII. *Terapia.* — Nella cura medica della stitichezza prendiamo in considerazione tre fattori terapeutici:

1) l'alimentazione; 2) i medicamenti; 3) le pratiche di terapia fisica (ginnastica, massaggio, idroterapia, elettroterapia, clima, ecc); 4) la psicoterapia.

1. *Alimentazione.* — Gli alimenti costituiscono lo stimolo fisiologico della motilità del tubo digerente: è ovvio che la loro natura e i prodotti della scomposizione per effetto dei fermenti della digestione abbiano una grande importanza per la funzione motrice del crasso.

È noto che le sostanze proteiche, i grassi e l'amido vengono quasi totalmente assorbite da un intestino sano e che le feci sono costituite da pochi residui alimentari commisti ai prodotti di desquamazione dell'epitelio del tubo digerente e ai residui dei secreti delle ghiandole annesse.

Se l'alimentazione contiene soltanto sostanze alimentari facilmente digeribili, le feci sono scarse non solo ma dure e vengono emesse con fatica anche dall'intestino normale.

Se gli alimenti contengono molti residui indigeribili, specialmente sotto forma di cellulosa, provenienti da alimenti vegetali (frutta, verdure ecc.), allora la massa fecale è abbondante, stimola la parete intestinale e viene emessa in gran quantità e facilmente.

2. *Medicamenti.* — Abbiamo detto che in ogni stitichezza abituale v'è un fattore funzionale da combattere la cui importanza è riconosciuta anche dai chirurghi più illuminati. Se ammettiamo che la parete intestinale possiede gli ordegni nervosi necessari al rimescolamento e alla espulsione del contenuto: se in base all'influenza che l'eccitazione diretta e riflessa del simpatico e del parasimpatico esercita sulla attività secretoria e motrice del tubo gastroenterico, si ammette che il còmpito del sistema nervoso vegetativo sia quello di adattare la funzione intestinale ai processi, che si svolgono nel complesso organico individuale, se si ammette infine che anche i fenomeni psichici influiscono potentemente sulla attività del tubo digerente e quindi del colon, sempre per mezzo del sistema nervoso vegetativo, è ovvio che i nostri sforzi terapeutici debbano essere diretti a modificare la particolare reazione abnorme del sistema nervoso vegetativo che dà la stitichezza.

Nel tentativo di influire sulla funzione del sistema nervoso vegetativo intestinale, se vogliamo attenerci ai fatti sicuramente dimostrati, siamo costretti a ricorrere all'uso di sostanze alle quali la farmacologia da lungo tempo ha riconosciuto un'azione elettiva eccitatrice o paralizzante sul simpatico o sul parasimpatico.

Fra le sostanze che eccitano il parasimpatico le più note sono la pilocarpina, la muscarina, la fisostigmina, la colina: fra quelle che lo paralizzano l'atropina.

Conosciamo sostanze che eccitano il simpatico, come la adrenalina; sostanze che lo paralizzano, come la nicotina.

Anche l'ergotossina diminuisce l'azione del simpatico sulla muscoltura liscia. Conosciamo pure prodotti ormonici che stimolano la motilità intestinale (timo, tiroide, lobo posteriore dell'ipofisi), altri che la inibiscono (surreni, testicoli, lobo anteriore dell'ipofisi).

Date queste nozioni farmacologiche, se è vero che il simpatico ha sulla motilità intestinale una funzione inibitrice e il parasimpatico una funzione eccitatrice, se in ogni forma di stitichezza interviene una modificazione della funzione motrice come effetto di un turbamento nell'equilibrio delle due innervazioni antagonistiche del sistema nervoso vegetativo intestinale, lo sforzo terapeutico dovrà essere indirizzato a ristabilire l'equilibrio mediante moderazione della funzione in eccesso, eccitazione della funzione deficente.

Da qualche tempo cioè da oltre 10 anni si usa per combattere i fenomeni spastici della muscolatura liscia un alcaloide dell'oppio, la papaverina.

Due sono sopratutto le condizioni morbose in cui la papaverina dimostra la sua azione specifica, cioè provoca il rilasciamento della muscolatura liscia contratta: negli stati spastici gastro-enterici e nella ipertensione arteriosa (do-

vuta come è noto allo spasmo delle piccole arterie).

Purganti. — Si può dire che per giudizio concorde di quanti si sono occupati dello argomento è da abbandonare l'uso continuato di purganti per combattere la stitichezza abituale.

Ed è sopratutto contro i purganti salini (solfato-sodici e clorurato-sodici) che sono state fatte le affermazioni più recise.

I medici pratici hanno constatato che le cure purgative talvolta determinano un miglioramento transitorio, per lo più seguito da un ritorno alle condizioni di prima; tal'altra addirittura un peggioramento: rare volte un miglioramento che si potrebbe anche attribuire all'intervento di fattori psichici e dietetici che fanno parte delle complesse influenze che sui malati esercitano i luoghi di cura tipo Montecatini, Karlsbad.

Massaggio. — È di uso comune il massaggio della parete addominale nell'intento di aumentare l'efficienza dei muscoli, che intervengono nell'atto dell'emissione delle feci.

Idroterapia. — Fra le pratiche di idroterapia è molto in uso il semicupio a temperatura di 10°-15° C. per 5-10 minuti; la doccia scozzese che consiste nel far cadere il getto d'acqua della doccia per 2-3 minuti sulla parete dell'addome alternando ogni 10-20 secondi acqua calda (a 35° C.) e acqua fredda (a 10°-15° C.).

Ginnastica. — La ginnastica può essere fatta con apparecchi e senza apparecchi ed ha lo scopo principalmente di rinvigorire i muscoli addominali.

Elettroterapia. — La corrente elettrica è usata di solito sotto forma di faradizzazione del retto allo scopo di stimolare la peristalsi dell'ultimo tratto del tenue.

Clima. — Riguardo all'influenza del clima nella stitichezza le opinioni sono molto discordi. Zunzt, Lindemann, Haberlin hanno visto migliorare la stitichezza nel clima marino, altri (H. Weber, M. van OOrdt) non hanno constatato alcuna influenza benefica.

Elioterapia. — L'esposizione dell'addome e l'irradiazione generale, secondo il metodo di Rollier produrrebbe un'azione antispasmodica e una eccitazione o regolazione dell'attività peristaltica (Delachaux). Anche van Cordt ha osservato talvolta miglioramenti nella sindrome della stitichezza abituale in seguito a cure d'aria e di sole.

4. *Psicoterapia.* — A determinare la stitichezza abituale partecipa in larga misura la neurosi che si può considerare come una deviazione dello stato psichico, per cui gli stimoli giunti alla coscienza si ripercuotono in maniera abnorme sulla vita vegetativa, creando disturbi funzionali che rappresentano le localizzazioni organiche della neurosi.

Nello stitico la localizzazione avviene nell'intestino, in altri nello stomaco (eruttazioni, areofagia).

Non avremo mai curato compiutamente uno stitico se non ci siamo sforzati di influire anche sul suo neurotico.

La terapia ha lo scopo: 1) di eliminare le cause dei mali; 2) di combatterne le conseguenze.

Lo stato psichico ha indubbiamente una grande importanza nella costellazione dei fattori causali della stitichezza, ma credo che ben pochi successi otterrebbe quel medico pratico che nella cura dei suoi stitici si preoccupasse esclusivamente della psicoterapia. L'attenzione dell'ammalato è tutta concentrata nella localizzazione organica della sua neurosi: l'ora della evacuazione, i caratteri degli escrementi, le sensazioni che precedono e seguono il vuotamento dell'alvo sono oggetto della più diligente osservazione e spesso della conversazione quotidiana. Egli ha nella coscienza radicato il convincimento di avere un organo gravemente ammalato ed abbandonerebbe il medico che si limitasse a curarlo con argomenti persuasivi. Il disturbo organico è una realtà e il medico deve combatterlo con le regole dietetiche con i medicamenti con le cure fisiche che abbiamo già ricordato.

Il disturbo organico però secondo la nostra concezione patogenetica, è spesso la localizzazione della neurosi, cioè di una deviazione dello stato psichico sulla quale dobbiamo cercare di influire con avvedutezza, senza che l'ammalato se ne accorga.

In realtà nella cura dei malati il medico pratico rivolge sempre l'attenzione alla psiche del soggetto, onde la psicoterapia fa parte del piano terapeutico di ogni malattia, ma nel caso della stitichezza abituale il tentativo di modificare lo stato psichico ha una importanza particolare.

La tecnica della psicoterapia credo non possa essere fissata, circoscritta da norme precise. Qui la parte essenziale spetta alla intuizione del medico: il successo dipenderà dal modo con cui egli riuscirà a penetrare nell'animo del suo malato e a dominarlo.

Patogenesi e cura chirurgica della stasi intestinale cronica.

PARTE CHIRURGICA.

Relatore: Prof. S. SPANGARO (Verona).

Per farsi un'idea il meno incompleta possibile della stasi intestinale cronica e poterla meglio curare è necessario da una parte conoscere anatomicamente e funzionalmente l'ambiente dove la stipsi si svolge, dall'altra tutti i fattori che la possono per varia guisa favorire e produrre.

Per quanto riguarda l'*anatomia* e la *fisiologia*, io ho rivolto principalmente la mia attenzione al grosso intestino, poichè è appunto in esso che, nella quasi totalità dei casi, si svolge la stipsi.

Col proposito di procurarmi elementi di più sicuro giudizio, ho voluto confrontare quanto si conosceva sull'argomento, con quanto poteva risultare a me da osservazioni radiologiche ed anatomiche, quest'ultime fatte tanto sul vivente, durante le operazioni, come al tavolo anatomico.

Due elementi sono stati oggetto principale del mio studio:

1) *l'apparato legamentoso* o di *sostegno dell'intestino;*

2) *la forma e disposizione del grosso intestino.*

Per quanto riguarda l'apparato legamentoso mi è risultato ch'esso è molto più complesso di quel

che comunemente si insegni nei testi di anatomia, tanto che una revisione complementare sarebbe ancor oggi rimunerativa per chi la facesse e profittevole per chi studia la fisiopatologia dell'intestino.

Dirò brevemente che il grosso intestino, a partire dai suoi confini col tenue, dalla regione ileocecale vale a dire, fino al colon sigmoideo è tutto intorno raccomandato all'azione fissatrice o di sostegno del peritoneo e di sue particolari duplicature od ispessimenti, sotto forma di pliche, di benderelle, di lamine, di legamenti.

Negli individui normalmente o robustemente costituiti l'apparato legamentoso è disposto in maniera ch'esso vale a tenere perifericamente dislocato il grosso intestino, che in questa guisa, in un certo senso, incornicia e contiene la matassa del tenue.

Di queste strutture legamentose quelle meno menzionate nei testi e quindi meno comunemente note e che meritano di essere particolarmente menzionate sono le seguenti.

La prima è una specie di membrana parietocolica inferiore, che si parte dal fianco destro e dalla fossa iliaca corrispondente e discende verso la superficie laterale della prima parte dell'ascendente, lasciando libero il cieco.

La seconda struttura è un robusto e costante e lungo legamento che assicura e fissa l'estremità terminale del colon discendente alla fossa iliaca sinistra, fino al margine mediale del muscolo psoas, e precisamente fin là dove si inizia il colon sigmoideo.

Questo legamento è già presente nei feti a termine e la sua presenza è costante come quella del legamento frenico-colico.

Non eguale costanza presenta al contrario l'apparato legamentoso del grosso intestino nella regione della flessura epatica, dove solitamente manca l'uno o l'altro dei noti legamenti esistenti tra il diaframma, il fegato, il rene, la cistifellea ed il colon ed il peritoneo presenta minore robustezza e fissità.

Dal confronto dell'apparato legamentoso del grosso intestino degli individui robustemente costituiti, nel senso morfologico di De Giovanni e di Viola, con quello dei deboli, dei longilinei è emersa evidente da parte di questi ultimi una incostanza e deficenza di sviluppo.

Dove la deficenza è più manifesta è nel legamento gastro-colico e nel mesocolon trasverso.

Negli individui robustemente costituiti il colon trasverso sale obliquemente da una regione renale all'altra descrivendo una leggera curva caudoconversa, tenendosi ravvicinato alla grande curvatura dello stomaco, mediante il robusto legamento gastro-colico, ma più alto di 1-3 cm.

Negli individui deboli al contrario, nei microsplancnici, nei longilinei tanto il mesocolon trasverso, quanto il legamento gastro-colico, sono molto lassi ed alti, tanto che tra la grande curvatura dello stomaco ed il colon trasverso può intercedere una larghezza di 12-15 cm. in luogo di 1-3 cm. come nel megalosplancnici.

Ne consegue che gli individui longilinei abbiano un colon che discende molto in basso verso la piccola pelvi, come aveva già osservato il Berti, e che per questa deficienza dell'apparato legamentoso dell'intestino, come per la aplasia della musculatura striata, per la deficienza del tono sia di questa che di quella dell'apparato digerente (A. Berti e A. Rossi) vi sia una grande tendenza agli spostamenti ed alle ptosi.

L'apparato legamentoso dell'intestino coi suoi mezzi ha il còmpito di mantenerlo nella sua sede naturale e di salvaguardarlo dagli effetti dannosi delle azioni brusche e violente.

***

Una innervazione *estrinseca* ed una *intrinseca* governano e regolano l'attività del tubo gastro enterico. L'innervazione estrinseca è rappresentata dal *sistema nervoso simpatico* e dal *parasimpatico.*

Compongono il sistema nervoso parasimpatico fibre del vago, e fibre del così detto nervo pelvico, provenienti dal plesso sacrale.

Le fibre di questo, sono destinate al colon distale, colon discendente, sigma e retto, mentre quelle del vago sono per le restanti parti superiori.

Il parasimpatico regolerebbe l'attività motoria, la peristalsi dell'intestino e quella secretoria, mentre il sistema nervoso simpatico regolerebbe la circolazione ed il tono.

Si afferma comunemente che il parasimpatico spiega un'azione antagonista a quella del simpatico, il primo eccitando, l'altro inibendo. L'azione non è certamente così semplice, ma molto più complessa.

Ricerche di Spadolini tenderebbero a dimostrare che ambedue i sistemi possano spiegare azioni analoghe eccitomotori o d'arresto, questo dipendendo dalla differente intensità degli stimoli.

Il sistema nervoso intrinseco è rappresentato da plessi nervosi distribuiti nella parete intestinale, il plesso di Auerbach tra lo strato longitudinale ed il circolare, il plesso di Meissner nella sottomucosa.

Con questi plessi entrano in rapporto fibre del sistema parasimpatico e simpatico.

L'azione del sistema nervoso intrinseco è tanto importante che esso è capace di regolare da solo, automaticamente l'attività intestinale, anche quando l'intestino è completamente separato dagli altri sistemi, quando l'intestino è addirittura tolto dal corpo dell'animale. Qualità e quantità del contenuto regola questa attività.

Se per la funzione è necessario lo stimolo, cioè l'*eccitazione*, la funzione può grandemente variare per il differente grado della *eccitabilità* intestinale.

Su questa possono avere grande influenza i due sistemi nervosi estrinseci.

Oltre che dal sistema nervoso l'attività motoria dell'intestino dipende dalle proprietà caratteristiche delle fibre muscolari, ogni fibra muscolare avendo caratteri adatti e corrispondenti a quelli della funzione che deve compiere.

Se è trascurabile la digestione coi succhi dei

pochi residui alimentari che arrivano al grosso intestino non ancora digeriti molto importante è invece quello della *digestione o fermentazione batterica* delle sostanze incluse entro inviluppi vegetali (cellulosa ed emicellulosa) poco o punto intaccabili dagli enzimi.

Molto importante è parimente la funzione assorbente dell'intestino crasso venendo da esso assorbita gran parte dell'acqua contenuta nei residui alimentari.

Quando l'azione della fermentazione batterica cessa (decomposizione della cellulosa e digestione delle sostanze da esse inviluppate) od è troppo scarsa, s'inizia allora un altro processo, quello della *putrefazione batterica* dei residui alimentari e dei contenuti intestinali.

Mentre il primo processo è utile per l'organismo, il secondo è dannoso, potendo produrre fatti d'intossicazione.

Non va trascurata neppure un'altra funzione del grosso intestino sulla quale ha insistito giustamente il Sanarelli, quello della *eliminazione batterica* dei microrganismi circolanti nel nostro sangue i quali, in virtù di un enterotropismo, tenderebbero ad eliminarsi attraverso la mucosa, del grosso intestino, dall'appendice.

Patogenesi. — Così prospettata la condizione anatomica e le attività funzionali del grosso intestino, sono passato a considerare i fattori che sono capaci di questa influenzare e danneggiare in maniera tale da produrre la stipsi.

Detti fattori etiopatogenetici possono essere distinti in tre gruppi: 1° fattori funzionali; 2° fattori costituzionali; 3° fattori meccanici.

A) Fattori funzionali. — Tra questi vengono considerate le deficienze ormoniche. Le Heux ad esempio ha isolato dalla stessa parete intestinale una sostanza, la colina, capace di stimolare la peristalsi. La ghiandola tiroide, la milza, le surrenali, l'ipofisi contengono sostanze capaci di manifestare un'azione sull'attività motoria dell'intestino.

Lo *stato di civilizzazione* è in generale causa di stipsi funzionale, poichè troppe volte ci costringe alla innaturalezza dell'atto.

La repressione dello stimolo al suo primo manifestarsi conduce alla insensibilità ed al torpore del riflesso.

L'effetto della vita domestica si appalesa anche negli animali; il cane ed il gatto ad es. vanno incontro alla stitichezza, mentre non ne soffrono gli animali allo stato selvaggio, che defecano al primo annunciarsi del bisogno.

Grande influenza sul prodursi della stitichezza ha la *qualità e quantità degli alimenti.*

Lo stato di eccitazione o di eccitabilità del sistema nervoso può evidentemente spiegare un'influenza evidente agendo prevalentemente ora sul sistema parasimpatico, ora sul simpatico.

Per convincersi di tali influenze basti ricordare gli effetti delle emozioni le quali si manifestano talvolta con fatti di maggiore attività motoria e secretoria (scariche diarroiche) ora con fatti d'inibizione.

In analoga direzione agiscono gli eccitamenti psichici, gli sports, gli stati depressivi.

Stipsi riflesse, dovute all'azione del sistema nervoso, sono parimenti quelle che sono determinate e sostenute, per via riflessa, da lesioni organiche infiammatorie sia del tubo digerente, come ulceri, ragadi, — da corpi stranieri infitti nella cavità peritoneale (scheggie di granata ad esempio), — come quelle determinate da processi flogistici dei genitali interni, delle vie biliari, dell'apparato urinario.

Tra le cause di stipsi vanno ancora ricordate le *influenze tossiche* come quelle della nicotina, della morfina, del piombo.

B) Fattori costituzionali. — Esistono è vero, delle ptosi viscerali acquisite, ma il fattore patogenetico prevalente, è, io credo, quello costituzionale.

Il tipo longilineo è particolarmente disposto alla ptosi viscerale, a quello del colon trasverso in particolare.

Il torace ristretto e schiacciato, le pareti addominali aplasiche ed ipotoniche male si prestano a contenere e sostenere lo stomaco allungato, verticale, ipotonico, ingrandito e i visceri ipocondriaci, per cui questi tendono a discendere verso la metà inferiore dell'addome.

La ptosi del colon è facilitata oltre che da queste ragioni anatomiche e funzionali anche, come facemmo già notare, dalla robustezza e debolezza dell'apparato legamentoso.

Se a queste condizioni noi aggiungiamo il dato, da noi constatato, della maggiore lunghezza del colon dei longilinei, in confronto di quello degli individui costituzionalmente robusti, si comprende come il colon dei primi sia costretto, per trovare posto e svolgersi, a descrivere parecchie volute.

Queste implicano formazione di inflessioni, di inginocchiature per cui, ad elementi costituzionali, funzionali, dinamici, si aggiungono elementi meccanici, capaci di ostacolo tale da potere favorire, anche per tal guisa, la stasi intestinale cronica.

C) Fattori meccanici. — Tra i fattori meccanici che possono formare un ostacolo al progredire delle materie fecali consideriamo i vizi di posizione congeniti del colon, il cieco esageratamente mobile, le ptosi totali o segmentarie del colon, il dolicosigma, il megacolon, le aderenze, le membrane, le inflessioni angolari, le deficenze delle pareti addominali, gli sventramenti, le ernie, i prolassi, gli stati spastici permanenti, gl'impedimenti rappresentati dalla valvola di Houston, dalle emorroidi, dalle ragadi anali.

Tutte queste condizioni *possono, non devono* senz'altro produrre la stipsi; perchè questa si verifichi conviene si aggiunga un certo *deficit* dinamico o funzionale che dir si voglia, avendo detti fattori meccanici solo il valore di *stenosi relative*. Sotto la designazione *deficit* o quota dinamica, funzionale, comprendesi l'elemento motore, secretorio, vasomotore, nervoso.

La stasi intestinale cronica può quindi, in tali casi, considerarsi come la risultante della somma di una quota organica od anatomica, più una quota dinamica o funzionale.

Ne viene di conseguenza che ad indurre la stasi, quanto più grande sarà la quota anatomica, tanto più piccola avrà bisogno di essere quella dinamica, e viceversa.

Della diagnosi. — La diagnosi deve essere basata sullo studio completo dell'ammalato tenendo calcolo delle sue abitudini, dei suoi precedenti morbosi, di eventuali operazioni subite.

Dell'ammalato deve essere vagliata la costituzione morfologica, lo stato obbiettivo degli organi, l'esame funzionale dell'intero apparato digerente.

Non deve mai essere trascurato l'esame anorettale, potendoci ad es. la constatazione della presenza di una ragade o di emorroidi, salvare da gravi ed imperdonabili errori e di indicarci la maniera per facilmente guarire la forma di stipsi sostenuta da dette lesioni.

Dei mezzi d'indagine il più utile è quello radiologico.

Con esso possiamo renderci conto del tempo impiegato dal pasto di contrasto a percorrere i singoli segmenti del tubo digerente, delle modalità funzionali, dell'eventuali anomalie di posizione, di forma, di lunghezza, di viziature di posizioni, di inflessioni, di angolature, di aderenze.

Utilissimo ancora ci riesce l'esame radiologico per constatare l'efficacia o meno, dei mezzi terapeutici impiegati.

Durante i miei numerosi esami non ho mai potuto riscontrare un ristagno ileale da potermi far sospettare la ormai famosa angolatura di Lane, che ritengo perciò rarissima a verificarsi.

Sono poco propenso alla distinzione topografica della stasi, specialmente per quanto riguarda la stasi così detta prossimale, che io ritengo, quale forma essenziale, evenienza rara e capace di condurre in errori, se fosse ritenuta per tale.

La stasi prossimale è invece per lo più secondaria e non primaria, è dovuta cioè a cause risiedenti nel colon distale come ad es. angolatura acuta, aderente della flessura splenica (canne da fucile), stati spastici del discendente o del sigma, inginocchiature della giuntura sigmoideo-rettale, mega e dolicosigma, aderenze o ectopie di questo, valvole di Houston, emorroidi, ragadi anali.

Delle forme funzionali ritengo molto frequente la forma di stipsi ipocinetica.

A questa si sovrappone spesso la forma spastica o discinetica o la iperdiscinetica.

Anche la forma di stasi da dischezia non è raro sia come forma a sè, che come forma combinata ad altre.

Del piano curativo. — Dalla raccolta di tutti i dati risulta il concetto diagnostico.

Si parlerà di *stipsi funzionale*, *costituzionale*, o *meccanica* a seconda che si giudicherà avere nella sua produzione maggiore influenza i fattori di questa o di quella natura.

Quale la terapia?

Per le forme funzionali, dipendendo esse da fattori prevalentemente occasionali, la terapia non sarà che interna, medica, dietetica, climatica, psichica.

Le altre due forme di stipsi, da fattori costituzionali o da fattori organici, non sono solitamente *forme pure*, ma *forme miste, associate*, fattori dinamici agendo con fattori meccanici od organici.

Queste due forme, — molto meno frequentemente la prima, — la forma associata costituzionale, — possono essere oggetto di trattamento operativo.

Quali condizioni determinano il nostro intervento? — La cura interna deve essere sempre praticata, tentata con tutti i mezzi.

Spesso noi crediamo di averli tutti provati, ma bisogna essere prudenti e modesti in tale affermazione, poichè molte volte i mezzi che sono a nostra conoscenza e a nostra disposizione non sono tutti quelli di cui la scienza è in possesso.

Purtroppo alla esecuzione di un piano di cura completo si oppongono spesso, per ragioni ovvie, *l'età, le condizioni sociali dell'individuo*.

Anche il *sesso* può avere dell'influenza. Il sesso femminile, per il genere di vita abituale suo proprio, per la maternità cui va spesso incontro, rende più difficile l'efficacia del piano terapeutico.

Spesso il chirurgo guarda l'ammalato con occhiali che gl'ingrandiscono il valore della quota meccanica ed il medico con occhiali che gl'ingrandiscono quello della quota funzionale.

Sarebbe bene che i due si scambiassero gli occhiali, ne risulterebbe la visione corretta. Meglio forse sarebbe se si potesse considerare l'ammalato senza occhiali.

Indicazioni per l'intervento. — Ad ogni modo se, esperiti tutti i mezzi possibili a disposizione nostra e dell'ammalato, questo non migliora, ma anzi le sofferenze si accrescono, le turbe delle singole funzioni, anche quelle fuori dell'apparato digerente, peggiorano, lo stato generale decade, diminuisce la capacità lavorativa; la vita si fa pesante, credo che l'indicazione generale per l'intervento sia raggiunto.

Indicazioni per le cure chirurgiche possono considerarsi tutti quei disturbi su base anatomica, che non si poterono prima con nessun mezzo correggere.

In particolare:

1) I difetti di sviluppo del grosso intestino con anomalie di sede e di disposizione od i fatti permanenti con segni ricorrenti di ostacolata viabilità intestinale;

2) Lo sviluppo eccessivo in lunghezza e larghezza del colon o di un segmento di esso, accompagnato a stasi ribelle o a crisi di sub-ileo o complicato da fatti aderenziali;

3) Difettosa posizione di tratti intestinali con ptosi e angolature acquisite od esagerazioni di angolazioni alle flessure naturali (canne da fucile) con formazione di aderenze tali da determinare sintomi permanenti di ostacolata viabilità o crisi ricorrenti di ristagno, con sviluppo eccessivo di gas (chiusura a valvola);

4) Dilatazioni esagerate, permanenti di determinati segmenti, con diminuita attività motoria dovuta sia a fattori locali, come a fattori funzionali o meccanici posti a distanza;

5) Sofferenze gravi e tali da far sospettare o presenza di tumore od aderenze, per segni clinici, radiologici o per dati anamnestici (traumi, opera-

zioni, processi flogistici, ulcerativi, ernie): (In questi casi cura particolare dell'elemento causale);

6) Lesioni apprezzabili anorettali;

7) Forme pronunciate di gastro-colonptosi, con fatti di dilatazione e ristagno gastrico.

È certo che noi non possiamo promettere o parlare in questi casi di *guarigioni definitive*, ma solo di *miglioramenti*, spesso però, a vero dire, molto notevoli.

In argomento della terapia della stasi, quando non si tratti di forme puramente funzionali, in cui la correzione della stasi può essere completa e definitiva, — tanto i Medici, come i Chirurgi devono essere molto guardinghi nel formulare prognosi troppo favorevoli, che i risultati potrebbero non confermare.

Controindicazioni. — Esclusi gl'individui estremamente emaciati, valgono in generale i criteri che regolano la nostra condotta in altri interventi.

Non sono quindi da sottoporsi ad operazione gli ammalati gravi di cuore, di reni, tanto se di forme mediche che di forme chirurgiche, gli ammalati di fegato, di polmoni, di arteriosclerosi, di diabete.

Sono parimenti da rifiutarsi tutti gli stati che si suppongono determinati da disturbi endocrini, gli ammalati del sistema nervoso, gli psicopatici, gli isterici, i nevrastenici, i tabetici, come i sofferenti per avvelenamenti cronici da morfina, da nicotina, da piombo.

Con speciale prudenza devono essere ammessi coloro che subirono precedentemente parecchie operazioni, per lesioni non strettamente viscerali, come per rene mobile, per utero retroverso o coloro che furono più volte operati per soluzione di aderenze.

Dei differenti interventi chirurgici.

1) *Soluzione e sezione delle aderenze* per sopprimere condizioni meccaniche ostacolanti il deflusso intestinale.

2) *Fissazione (pessie) di organi eccessivamente mobili*, per sopprimere l'eccessiva spostabilità.

3) *Riduzione di organi ectasici (Plicationes).*

4) *Anastomosi.*

5) *Esclusioni unilaterali.*

6) *Resezioni.*

7) *Operazioni rivolte alla ricostruzione delle pareti addominali secondo le disposizioni naturali.*

8) *Operazioni endo-renali.*

9) *Operazioni all'orificio anale.*

Concludendo: È molto raccomandabile, nell'interesse dell'ammalato, che esso venga obbiettivamente e diligentemente studiato in tutti i suoi elementi funzionali, organici, costituzionali; il Medico non disdegnando ricordarsi dell'esistenza di una terapia operatoria della stipsi, il Chirurgo, — cui necessita in argomento una certa dose di prudente scetticismo, — non facendo troppo fidanza e troppo ricorso ai suoi mezzi manuali.

Dovrebbe essere escluso reciprocamente ogni sentimento di male inteso orgoglio professionale.

Quanto più la valutazione dei fattori funzionali e costituzionali risulterà alta, tanto più insistentemente le cure mediche dovranno essere perseguite, e viceversa, quanto più alta quella dei fattori meccanici, tanto più facilmente potrà il caso essere oggetto di trattamenti chirurgici.

Là dove cessa la terapia medica; là dove questa si sia dimostrata insufficiente, può intervenire la terapia chirurgica.

L'entrata in azione di questa non deve essere procrastinata ad oltranza.

Gl'internisti possono fiduciosamente credere che esiste anche una terapia operativa, spesso evidentemente efficace anche nella stasi intestinale cronica costituzionale.

Se l'efficacia della cura è più facilmente e più palesemente dimostrabile nelle forme organiche, non sono da escludersi neppure le forme costituzionali, nelle quali vantaggi notevoli e abbastanza costanti, sono raggiungibili coll'intervento.

Il Chirurgo deve essere molto parco e prudente nel consigliare l'operazione; avveduto nel sceglierla; moderato nelle promesse.

L'ammalato di stipsi a sua volta deve essere docile, obbediente, perseverante nel seguire le cure e non deve supporre di poter fare a meno di speciali norme, anche dopo conseguiti i benefici tanto di una cura medica, che di una cura chirurgica.

(*Continua*).

XXXIV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

(Parma, 18-21 ottobre 1927).
Seduta pomeridiana, martedì 18 ottobre 1927.

Presiede il prof. A. FERRARI
Prof. R. DALLA VEDOVA, vice-pres.

Il PRESIDENTE commemora i soci defunti proff. Carle, De Paoli, Rostirolla, Rizzuto, Romano, e propone l'invio di un telegramma di augurio al prof. Tricomi, ammalato. Dà quindi la parola ai proff. G. M. FASIANI e L. TORRACA che svolgono la seguente relazione:

Elementi per valutare la resistenza degli operandi e diminuire i rischi operatorii.

(Riassunto e conclusioni).

L'atto chirurgico si accompagna a stimoli intensi e determina modificazioni notevoli dell'intero organismo. Questi stimoli e queste modificazioni non portano danno se le funzioni possiedono una sufficiente ampiezza ed elasticità e gli eventuali squilibri momentanei vengono rapidamente corretti. Se invece alcuna delle funzioni vitali trovasi alterata, l'atto chirurgico può divenire pericoloso, perchè rompe equilibri instabili e crea improvvise insufficienze.

La valutazione della resistenza dell'operando deve essere fondata sull'esame del suo stato biologico e funzionale. Per questo scopo serve l'intero esame clinico, ma sembra essenziale lo studio delle funzioni del sistema nervoso ed endocrino, dell'apparato circolatorio, dell'apparato respiratorio, dell'apparato renale, del fegato, di alcune modificazioni del ricambio e di alcune qualità del sangue.

Per alcune di queste indagini funzionali possediamo metodi di sufficiente esattezza, ormai con-

trollati da una lunga esperienza ed accettati nella pratica; per altre, le nostre conoscenze sono ancora imperfette, così che la loro applicazione pratica riesce limitata e difficile.

Un notevole progresso nella nostra capacità di valutare la resistenza di un soggetto, verrà raggiunto quando, dalla osservazione del decorso e dell'esito di moltissimi casi nei quali le prove funzionali preoperatorie siano state applicate, risulterà meglio conosciuto il valore di queste prove in chirurgia.

È evidente che non in tutti i casi sarà necessario che il chirurgo ricorra a questo complesso di prove per valutare la resistenza dell'operando.

Fra i soggetti che ogni giorno il chirurgo trova dinanzi a sè, vi sono da un lato individui giovani e forti con malattie benigne, dall'altro individui vecchi o individui colpiti da importanti alterazioni organiche o da gravi disordini funzionali: fra l'uno e l'altro estremo vi è una serie infinita di condizioni intermedie.

Nella prima categoria di pazienti l'esame clinico generale è per lo più sufficiente a valutare lo stato funzionale e quindi la resistenza all'intervento: l'applicazione sistematica delle prove funzionali porterebbe ad una inutile perdita di tempo. Soltanto se l'esame generale dimostra qualche anomalia o desta il sospetto di qualche disfunzione di organi vitali, una più accurata ricerca risulta indicata. Ma non si dimentichi che fra i più dolorosi insuccessi della chirurgia stanno le morti inattese dei *supposti sani* e che in ciascuno di questi casi forse un attento esame avrebbe potuto svelare la deficienza pericolosa.

Nella seconda categoria di pazienti (sono quelli che gli americani chiamano « Handicapped surgical patients ») il successo dipende dalla valutazione e dalla preparazione preoperatoria: in questi ammalati nessun mezzo deve essere considerato superfluo o inutile per cercare di prevederne la resistenza, e per questo scopo non dovrà essere fatto risparmio di tempo e di lavoro. Accanto all'esame clinico, e come complemento indispensabile di questo e da queste guidate, devono trovare qui posto le prove funzionali sistematicamente eseguite.

Nella categoria intermedia, l'uso frequente ed esteso delle prove funzionali sembra consigliabile, quando il soggetto abbia superata l'età giovanile, o sia un megalosplancnico, o un obeso, o un linfatico, o debba essere sottoposto ad una operazione assai severa e ad una lunga narcosi.

In individui che presentino deficienze funzionali, la preparazione all'intervento deve cominciare naturalmente con l'eliminare o col ridurre i fattori dell'insufficienza; se questo non è possibile, il chirurgo deve sforzarsi di adeguare i mezzi ed i metodi operativi allo stato dell'ammalato. Un simile adattamento, inteso come riduzione massima delle azioni dannose, deve però esser tenuto in grande considerazione anche per i pazienti funzionalmente sani, giacchè se è vero che un organismo in istato di perfetta salute può affrontare, con rischi minimi, un intervento chirurgico, non è men vero che l'intervento, di per sè stesso, apporta sempre dei perturbamenti che, per quanto transitori e di poca entità, è sempre preferibile ridurre alle più piccole proporzioni possibili. Non vi è particolare, sotto questo punto di vista, che sia indegno dell'attenzione del chirurgo, se vale a ottenere un miglioramento sia pur lieve, nelle conseguenze e negli esiti dell'intervento.

Le condizioni psicologiche dell'ammalato hanno assunto, per il decorso e l'esito dell'operazione, una importanza che richiama ogni giorno più l'attenzione dei chirurgi, i quali, in molti paesi, cominciano a preoccuparsi di adattare l'organizzazione, e perfino la costruzione dei luoghi di cura, alla necessità di risparmiare per quanto si può la sensibilità e l'impressionabilità degli ammalati.

L'organizzazione del servizio chirurgico deve essere portata alla perfezione: per quello che riguarda l'affiatamento e l'allenamento della squadra chirurgica in tutti i suoi componenti a cominciare dagli operatori e a finire col personale infermiere, che in qualche paese si vuole perfino specializzare per l'assistenza a determinate categorie di operati; per quello che riguarda la collaborazione del chirurgo con l'internista che deve imparare a considerare gli operandi non come ammalati da far guarire, in concorrenza alla chirurgia, con mezzi medici, ma come organismi da mettere in grado di affrontare e superare un trauma non indifferente, che colpisce e minaccia in special modo alcune funzioni vitali; per quello che riguarda l'esecuzione materiale dell'intervento sia dal lato della tecnica operatoria che da quello della narcosi.

Nei riguardi della tecnica, per quanto si proclami finita l'epoca della chirurgia individuale, rimangono sempre un enorme fattore di successo il modo (trattamento dei tessuti, emostasi, suture) e la rapidità con cui un'operazione viene eseguita. Non è la stessa cosa per un infermo rimanere per minuti o per ore col ventre aperto e sotto l'azione degli anestetici, e vi sono maestri della chirurgia che non hanno sdegnato di studiare a lungo un perfezionamento di tecnica volto ad abbreviare di qualche minuto l'esecuzione di un intervento.

La questione dell'anestesia ha importanza capitale. Sotto questo punto di vista il chirurgo deve saper rinunciare alla propria comodità e rendersi padrone di qualsiasi mezzo, anche se di attuazione un po' complicata, che rappresenti per l'infermo una diminuzione del rischio. L'anestesia parziale ha vantaggi indiscutibili, che mettono capo, in fondo, al minor grado di intossicazione dell'organismo da parte dell'anestetico, ma a prescindere dal fatto che anche gli anestetici locali possiedono una loro tossicità, le anestesie parziali trovano dei limiti insormontabili, non solo in fatti di ordine topografico o tecnico, ma anche nella resistenza nervosa dell'ammalato. Non tutti gli individui si trovano in condizioni di assistere, per così dire, all'apertura del proprio ventre o del proprio cranio. Sotto questo punto di vista i vantaggi della narcosi sono evidenti e nessuna forma di anestesia locale può gareggiare con essa. D'altra parte l'impiego di narcotici, senza poteri tos-

sici per gli organi vitali (cuore, fegato, rene, polmone) ha già dato risultati persuasivi e promettenti per l'avvenire.

La regola, accettata fino a ieri, che si debbano al possibile preferire le forme locali di anestesia, riserbando le generali per i casi in cui, o per necessità tecnica, o per assoluta controindicazione, le prime non sarebbero applicabili, comincia perciò a sembrare passibile di revisione.

La scelta tra i vari sistemi di anestesia parziale, a prescindere dalle indicazioni prettamente locali, sarà regolata dalle conseguenze che l'applicazione dei singoli metodi può avere sulle condizioni generali dell'organismo, e così, per esempio, negli individui in preda ad ipotensione saranno evitati i metodi che espongono a profonde cadute della pressione sanguigna (rachianestesia, anestesia degli splancnici).

Riguardo alla narcosi, si cerca di diffondere sempre più largamente, specialmente in alcuni paesi, i narcotici gassosi (protossido di azoto, etilene, acetilene, propilene) i quali avrebbero su quelli della serie grassa, i vantaggi di non riuscire tossici per il cuore, il rene, il fegato, il polmone; ma sono in compenso di applicazione un poco più difficile e avrebbero il difetto di non procurare sempre una narcosi sufficientemente profonda, senza contare, per i gas della serie carbonica, il pericolo dell'esplosione. Questi nuovi narcotici, per la complicazione degli apparecchi necessari, per l'alto prezzo, per la relativa difficoltà della somministrazione, rimangono però ancora piuttosto limitati, mentre la narcosi più diffusa è sempre quella eterea, e si può dire meritatamente, perchè è senza dubbio il metodo più semplice e, se eseguita con le dovute precauzioni, può essere considerata come innocua.

Tutti i mezzi, pre- e postoperatori, volti a diminuire la dose di narcotico necessaria all'anestesia e a facilitarne l'eliminazione (combinazioni con ipnotici e sedativi, anestesie sinergiche, anestesie profumate, somministrazione di CO^2, di lobelina, ecc.) sono utili in quanto valgono a diminuire di intensità o di durata il periodo di intossicazione.

Un'importanza di prim'ordine ha assunto in questi ultimi anni, anche per la chirurgia operatoria, il ricambio degli idrati di carbonio. La vita dipende dall'ossidazione del carbonio e il nostro organismo non si sottrae a questa legge. La deficienza di idrati di carbonio in un operando o in un operato rappresenta un fatto gravissimo e la prevenzione di essa è una necessità imprescindibile. Poco importa che la deficienza sia dovuta a insufficiente funzione del fegato, o a manchevole rifornimento (digiuno), l'interessante è che la necessaria quantità di glucosio venga messa a disposizione dell'economia, e questo, fortunatamente, si ottiene con la più grande facilità mediante la somministrazione di glucosio, il quale è divenuto un ottimo coefficiente per la buona riuscita degli interventi. E se si tratta di quei casi nei quali il pericolo dipende non tanto dalla mancanza del glucosio, quanto dalla impossibilità di utilizzarlo, l'insulina permetterà egualmente di non lasciare l'organismo privo dell'indispensabile metabolita.

L'organismo è per più della metà del suo peso composto di acqua e l'acqua come vettore di sostanze nutritizie e di prodotti di rifiuto, come regolatore termico, come fattore, attraverso la viscosità del sangue, del rifornimento di ossigeno per i tessuti, e come mezzo in cui si svolgono le reazioni chimiche, ha per le funzioni organiche un'importanza di primo ordine. L'operazione, d'altra parte, rappresenta la perdita di una certa quantità di acqua; il digiuno, i purganti, prima dell'intervento, l'emorragia, il sudore, il vomito nel corso dell'operazione, il digiuno e il vomito nel periodo postoperatorio sottraggono all'organismo una cospicua quantità di liquidi che bisogna compensare. L'idratazione dell'organismo è perciò un altro precetto fondamentale della tecnica chirurgica; idratazione abbondante, sia prima, che dopo l'operazione, specialmente se a causa della malattia, l'infermo si presenta in stato di deficit idrico.

La possibilità di sostituire il sangue perduto, non più con un liquido inerte, sia pure isotonico, isoionico ed isoviscoso, ma con vero sangue, capace di esercitare all'istante tutte le sue funzioni, è un'altra delle conquiste della chirurgia. Dato però il fatto che la perdita di sangue, normalmente provocata da un intervento, non supera i limiti tollerabili da un organismo sano, e dato anche che per fornire il sangue ad un individuo bisogna sottrarne ad un altro, l'indicazione della trasfusione non deve assumere carattere generale, ma rimanere limitata a quei casi in cui povertà di sangue o necessità di altri effetti collaterali (emostasi) la fanno apparire necessaria.

Quando poi nell'operando esistano deficienze funzionali che non possono essere trascurate senza pericolo, esse dovranno essere ridotte o compensate prima dell'intervento con tutti i metodi igienici, dietetici, fisici e farmacologici, che la medicina interna mette a nostra disposizione.

Comunicazioni sul tema.

SCHIASSI (Bologna). — *Di un « minimo » mezzo per prevenire taluni rischi operatorii in chirurgia addominale.* — Descrive con il nome di « tentorio » una pezza di garza che viene fissata parzialmente alla breccia peritoneale e che con la parte libera ricopre le anse intestinali garantendo la protezione della cavità peritoneale e l'impossibilità che vengano perduti corpi estranei.

FASANO (Asti). — *Di un semplice metodo di orientamento nella valutazione della resistenza dell'operando.* — Per l'interdipendenza tra funzione del fegato e del rene ha praticato la prova dell'eliminazione dell'indigo-carminio. Quando l'eliminazione dell'orina colorata ritarda oltre i 15 minuti esegue la prova della diluizione e concentrazione dell'orina. Consiglia il metodo come un coefficente di orientamento utile nella pratica quando esiste una deficienza organica.

NISIO (Bari). — *Azotemia e costante ureo-secretoria pre- e postoperatoria. Ricerche sperimentali.*

— L'intervento modifica poco i valori dell'azotemia che ha anche un valore prognostico relativo, la costante avrebbe invece un valore reale. Sperimentalmente, diversi tipi dell'anestesia non hanno avuto influenza sull'azotemia postoperatoria.

RONZINI (Bari). — *Contributo allo studio della rianimazione del cuore e del respiro nei gravi accidenti da narcosi. Ricerche sperimentali sopra una nuova iniezione intracardiaca.* — Per l'iniezione intracardiaca consiglia di aggiungere all'adrenalina, l'atropina (per l'azione sul vago), la pituitrina (per l'azione diretta sulla fibra), e la lobelina per l'azione sul centro respiratorio. Sperimentalmente, nel cane, ha ottenuto una riviviscenza nel 41 % dei casi in cui aveva iniettato questa miscela.

SACERDOTE e SPELTA (Padova). — *Sulle modificazioni della riserva alcalina dopo le operazioni chirurgiche.* — Gli OO. hanno determinata la riserva alcalina in 50 pazienti il mattino dell'operazione, alla fine, e 6, 24 e 48 ore dopo l'intervento.

Hanno trovata diminuzione costante della R. A. massima al termine della narcosi, con ritorno alla norma ed al disopra di questa dopo 24-48 ore negli interventi eseguiti in anestesia generale; diminuzione minore o mancata dopo operazioni in anestesia locale o rachidea. Non hanno osservato differenze apprezzabili nelle modificazioni della R. A. in rapporto ai vari tipi di narcosi, hanno notato evidente parallelismo tra caduta della R. A. in rapporto ai vari tipi ed aumento della glicemia, ed una diminuzione della R. A. di minor grado in ammalati trattati all'inizio dell'anestesia con iniezione endovenosa di insulina. Dal confronto tra le modificazioni della R. A. ed il comportamento della pressione arteriosa durante l'intervento, hanno osservato una maggior caduta della R. A. nei casi in cui la tensione arteriosa era diminuita. Non hanno rilevato alcun rapporto tra caduta della R. A. e chetonuria postoperatoria. Gli OO. hanno ricercato se con una prova dell'acido, fosse possibile prevedere come l'individuo si sarebbe difeso dalle sostanze acide, che in seguito all'intervento si sarebbero formate; non hanno trovato alcun rapporto tra le modificazioni della R. A. indotte dalla somministrazione di acido e quelle provocate dall'intervento.

Seduta antimeridiana, 19 ottobre 1927.

SALOTTI (Padova). — *L'esame radiologico del cuore per la valutazione della resistenza dell'operando.* — L'O., dopo aver brevemente esposto come la patogenesi degli scompensi funzionali improvvisi ed irriducibili appartenga ad alterazioni del tono e della contrattilità miocardica, riferisce su di un metodo di indagine funzionale del cuore con varie prove (ortostatica, Cardarelli-Katzenstein, Schrumpf-Martinet, farmacologica) e con l'esame della pulsazione.

Con questo procedimento, corredato con ricerche morfologiche e volumetriche personali, l'O. ha esaminato 100 cuori di soggetti chirurgici prima dell'intervento e di questi 23 dopo l'intervento riscontrando modificazioni notevoli nei cuori ipotonici e nessuna alterazione in quelli normalmente validi.

In un gruppo di 87 infermi in base ai criterî semeiotici esposti furono dichiarati validi 33, poco validi ma sufficienti 41. Insufficienti 13 (di cui 6 non operati). Dei 7 insufficienti 6 presentarono complicazioni postoperatorie.

L'O. conclude dicendo che il metodo d'esame proposto è di notevole aiuto al giudizio sulla operabilità.

VELO e BONOMINI (Padova). — *Ricerche sulla glicemia postoperatoria e postanestetica.* — Gli OO. hanno determinato il contenuto in glucosio del sangue in 65 individui che vennero sottoposti ad interventi operativi.

Parallelamente queste ricerche, vennero condotte determinazioni della riserva alcalina, dell'urea nel sangue, della glicosuria e dell'acetonuria; in molti vennero eseguite anche la glicemia alimentare, le prove funzionali del fegato e del rene e le determinazioni del metabolismo basale.

1) Nell'anestesia eterea e morfio-eterea la iperglicemia subito dopo l'intervento è cospicua e discende gradualmente nelle determinazioni seguenti, raggiungendo i valori normali nelle 24 ore nell'anestesia eterea; mantenendosi invece al di sopra dei valori di partenza anche alla 48ª ora nell'anestesia morfio-eterea.

Nell'anestesia locale il comportamento fu diverso caso per caso.

2) Nessun rapporto venne trovato tra l'iperglicemia postoperatoria e la durata dell'anestesia.

3) Considerando le altezze raggiunte dalla curva glicemica nei singoli casi, fu constatata presenza di acetone nelle urine nel 55 % dei casi che ebbero valori al disopra di 1.80 ‰, nel 50 % dei casi con valori al di sotto dell'1.80 ‰.

4) Nei casi nei quali esisteva un'iperglicemia alimentare (espressa col triangolo di Labbé) superiore al normale anche la iperglicemia postoperatoria fu di grado elevato.

5) Fu constatato parallelismo tra iperglicemia postoperatoria e la caduta della riserva alcalina.

6) Con la somministrazione di 5-10 unità di insulina per via endovenosa all'inizio della narcosi, si ha un aumento della glicemia postoperatoria notevolmente inferiore a quello osservato nei casi non trattati.

7) Nessun rapporto venne trovato tra iperglicemia postoperatoria e il tasso ureico del sangue, così pure tra iperglicemia e il comportamento del metabolismo basale.

8) Nei pazienti nei quali le prove funzionali del fegato non avevano messo in evidenza uno stato di disfunzione, la curva glicemica ha sorpassato il valore di 1.50 ‰ nel 45 % dei casi. Tale valore invece fu sorpassato in tutti i casi nei quali le prove funzionali avevano dimostrato un certo grado di disfunzione epatica.

9) Negli ammalati con lesioni del tratto biliare la glicemia raggiunse valori elevati nell'85 % dei casi; nei pazienti con lesioni del rene nel 66 % dei casi; nei malati del tubo gastro-enterico nel 50 % dei casi; negli ammalati vari nel 33 % dei casi.

FOÀ (Padova). — *L'esame funzionale dell'apparato respiratorio in chirurgia.* — Ha eseguito quest'esame con numerose prove funzionali; nei casi colpiti da complicazioni polmonari postoperatorie aveva trovato capacità vitale ridotta e ampiezza di escursione toracica proporzionale al disotto della norma.

BORRA (Padova). — *La spiroscopia nelle operazioni chirurgiche.* — Ha costruito uno spirometro con cui misura la capacità respiratoria del polmone, gli operandi giudicati di capacità respiratoria insufficente presentarono un'alta percentuale di complicazioni polmonari.

DOGLIOTTI (Torino). — *La trasfusione di sangue puro quale mezzo di esaltazione delle resistenze dell'operando.* — Premesse alcune considerazioni sulle vie di azione del sangue trasfuso riferisce sui risultati ottenuti in un gruppo di 30 trasfusioni di sangue puro eseguite in precedenza di gravi interventi chirurgici. Le osservazioni ematologiche, quelle sui poteri di difesa antibatterica, sulle variazioni del tempo di emorragia e del tempo di coagulazione nonchè l'attento esame clinico degli individui sottoposti alla trasfusione, dimostrano l'alta efficacia di questo mezzo per accrescere le resistenze dell'operando. Sono sopratutto indicati per la trasfusione preoperatoria i casi di anemia primitiva o secondaria a svariatissimi stati patologici; in casi in cui è dimostrabile uno stato emorragico, i casi di sepsi subacuta e cronica, gli ipotesi, gli individui fortemente depressi e denutriti. La trasfusione deve essere di almeno 200-400 cmc. ed eventualmente ripetuta nei giorni precedenti l'intervento.

BELLONI (Padova). — *Sulle psicosi postoperatorie.* — Queste appartengono al gruppo della confusione mentale: eventuali psicosi croniche successive rappresentano la conseguenza della confusione mentale su un terreno predisposto ad altre malattie della mente. Un fattore etiologico importante è rappresentato dal trauma psichico in soggetti a costituzione iperemotiva. Da queste considerazioni risultano le principali indicazioni profilattiche: riduzione al minimo possibile del tempo intercedente fra la decisione all'intervento e l'intervento stesso; somministrazione durante questo periodo di farmaci attivi contro gli stati d'ansia (oppio, luminal, scopolamina); anestesie generali; provvedimenti atti ad evitare emozioni al soggetto nei giorni successivi all'intervento.

ASCOLI M. (Roma). — *Sull'ampiezza respiratoria negli operati.* — Ha studiato il respiro negli operati con l'apparecchio di Roth per il metabolismo basale. Dal tracciato ha ricavato un indice dividendo la frequenza per l'altezza media delle oscillazioni. Ha visto come tale indice aumenta specialmente dopo operazioni nell'addome sup. sin. che sono quelle più frequentemente seguite da broncopolmonite. Siccome scarso o nullo era l'aumento dopo operazioni sulle pareti addominali, attribuisce le modificazioni del respiro alla paresi o paralisi del diaframma.

COSTANTINI. — *Modalità di tecnica nella trasfusione di sangue e sua modalità nella valutazione di resistenza dell'operando.* — Esegue la trasfusione con l'apparecchio di Ungar e insiste sulla opportunità di non usare sostanze anticoagulanti che possono indurre gravi disturbi nel ricevente. La valutazione di resistenza dell'operando viene fatta misurando il tempo di coagulazione del sangue e la resistenza globulare, prima e dopo la trasfusione. Conclude che è prudente astenersi da interventi radicali o comunque, piuttosto gravi, quando risulti che il tempo di coagulazione sia aumentato o sia diminuita la resistenza globulare.

CIMINATA (Padova). — *Sull'acidosi postoperativa.* — Ricerche sulla R. A. non hanno dimostrato una corrispondenza tra i valori pre- e postoperativi, nè un rapporto tra l'entità dell'intervento e la durata e il tipo dell'anestesia. Conclude che sono molteplici i fattori che influenzano il metabolismo cellulare e pertanto la R. A., fattori talora imponderabili. È certo che il sistema nervoso che regola la funzione di tutti gli organi e che a sua volta è regolato dalla funzione di altri organi ha grande importanza nella valutazione del rischio operatorio.

SIMEONI (Roma). — *La ricerca alcalina nei traumatizzati.* — La R. A. non ha nei vari traumatismi un valore prognostico. Si può dire che essa dai valori relativamente bassi sale gradatamente fino a raggiungere la media normale, a misura che le condizioni generali dell'infermo migliorano.

RADICE (Napoli). — *La ricerca alcalina nelle emorragie e dopo la trasfusione sanguigna: (Ricerche sperimentali).* — Ha trovato, dopo emorragia, una diminuzione della R. A. e una modificazione del Ph del sangue con corrispondente acetonuria. La trasfusione di sangue, se immediata, è capace di mantenere nell'organismo di un animale salassato, invariati i valori di queste reazioni. La trasfusione tardiva non ha questo effetto, può però ricondurre più presto l'organismo alla norma.

LORENZETTI. — *Le modificazioni del tasso azotemico indotte dall'intervento operatorio.* — Ha eseguito la ricerca con un semimicrometodo alla Kjendahl in 2 cmc. di sangue. Esiste un aumento postoperatorio dell'azoto residuo proporzionato all'intervento, alla sede di esso, all'età, al tipo dell'anestesia, alla insorgenza di complicazioni postoperatorie. Non esiste però un parallelismo tra azotemia e andamento delle condizioni generali per cui ritiene che nei casi di integrità della funzione epato-renale, lo studio dell'azoto residuo non costituisce quell'attendibile elemento per la prognosi postoperatoria, che rappresenta nelle forme di pura chirurgia renale.

PERACCHIA (Milano). — *Il metabolismo basale nella valutazione della resistenza dell'operando.* — Un indice troppo elevato del metabolismo basale, al disopra della norma o diminuito, può porre in dubbio e controindicare l'atto operatorio.

POZZI. — *Glicuronuria e prognosi operatoria.* — L'eliminazione orinaria dell'Ac. glicuronico è in rapporto più con lo stato di intossicazione dell'organismo che non con il grado di alterazione del fegato; è però solo nelle gravissime lesioni epatiche che si osserva la glicuronuria totale e costante e ha il significato di esaurimento della riserva del glicogeno epatico. Quando il fegato è alterato la funzione glicuroformatrice è meno pronta ad esaltarsi di fronte ad uno stimolo tossico, di quanto non sia un fegato normale. Sotto questo punto di vista la prova della Gl. provocata (canfora-glucosio) svela lesioni anche di piccolo grado del fegato. Quando è negativo nel periodo postoperatorio si accompagnano spesso manifestazioni tossiemiche più manifeste e complicanze d'ordine generale e locale più facili, che non nei soggetti a prova positiva.

DI NATALE (Padova). — *Considerazioni critiche sulla trasfusione del sangue. Conclusioni su 72 trasfusioni eseguite.* — Trasfonde 150-200 cmc. di sangue e ha ottenuto costantemente risultati ottimi; crede che aumenti anche la resistenza dell'operando. Piuttosto che come massa la trasfusione agisce stimolando i centri ematopoietici e — per una parte di globuli rossi distrutti o semidistrutti — come una terapia aspecifica.

CAPORALI. — *Sull'azotemia pre- e postoperatoria.* — Ha studiato la curva azotemica pre- e postoperatoria. Nella maggior parte dei casi ha notato un leggero aumento dell'Az. L'aumento era massimo nell'anestesia eterea, minore nella spinale e locale; era proporzionale all'intervento, maggiore nelle laparotomie e negli interventi sul fegato. Il valore dell'Az. ha un valore se confrontato con i risultati di altre ricerche ed associato a un giusto criterio clinico in modo da valutare volta per volta l'importanza da attribuire alla ricerca.

CASTIGLIONI (Milano). — *Sulla parotite postoperativa.* — Sull'osservazione di sei casi, l'O. ammette piuttosto la teoria ematogena alla canalicolare. Oltre ai germi è da dare importanza a alterazioni circolatorie e funzionali della parotide. Fra gli agenti causali avrebbe importanza anche l'oppio che molti somministrano sistematicamente dopo interventi sull'intestino. Per la terapia preventiva, raccomanda i mezzi di immunoterapia evitando l'uso di sostanze che alterano la sensazione salivare.

BONOMO (Bari). — *Ricerche sperimentali negli effetti della narcosi sulla riserva alcalina e sul Ph del sangue.* — Nei cani, dopo cloro o eteronarcosi ha osservato una diminuzione della R. A. Il Ph. diminuì solo nelle gravi complicazioni circolatorie e respiratorie. Esiste un parallelismo tra ipocapnia e arresto del cuore e l'O. pensa che la prima sia l'effetto e non la causa dell'arresto della funzione dei regolatori dell'equilibrio acido-basico.

FUMAGALLI. — *Ricerche sulla coagulabilità del sangue.* — Ha studiato il tempo di coagulazione, l'indice di coagulabilità o il tempo di emorragia. Esistono variazioni nel senso di una diminuzione dei tempi nelle affezioni del fegato e dei reni con *deficit* funzionali. L'O. ha studiato anche l'influenza di mezzi emostatici di comune impiego, ed ha osservato che solo il plasma sanguigno fresco ha valore sulla coagulazione in vitro.

Discussione della Relazione.

ROSSI B. (Milano). — Si congratula con i Relatori per la chiarezza e la compiutezza dell'esposizione. Condivide l'importanza della cura insulinica negli operandi diabetici e richiede che questa cura sia fatta da un medico specializzato. Nella sua pratica ha eseguito operazioni gravi in diabetici opportunamente trattati con l'insulina. Per evitare il pericolo dell'acidosi limita al massimo l'uso dei purganti accontentandosi, negli individui emaciati, di enteroclismi anche ripetuti. Somministra idrocarburi sino al giorno dell'intervento mantenendo però il paziente a digiuno nel giorno dell'operazione perchè crede che i vasi chiliferi ripieni rappresentano un pericolo negli interventi sull'addome. Ha osservato acetonuria e diminuzione della R. A. specie negli appendicitici che restano a dieta prolungata dall'attacco fino al giorno dell'operazione. Crede di danno la somministrazione di glucosio e insulina mentre usa largamente di ipodermo- e proctoclisi di soluzione fisiologica glucosata.

Esami complessi sulla funzione degli organi, così gli esami complessi sulla funzione del cuore non possono entrare nella pratica del chirurgo. Ha usato largamente della trasfusione di sangue citratato senza rilevarne mai inconvenienti. Meno opportuna gli pare la trasfusione di sangue puro per la difficoltà tecnica di eseguirla. Allo scopo di prevenire complicazioni broncopolmonari usa del siero antipneumococcico senza ottenere, però, risultati molto evidenti; forse le complicazioni hanno un decorso meno grave. È importante di evitare il raffreddamento. Evita l'anestesia generale quando ha in corsia malati con complicazioni polmonari.

Grande importanza nel diminuire i rischi operativi sono rappresentati poi dai perfezionamenti igienici di un istituto moderno, da una tecnica corretta, da una rapida esecuzione dell'atto operativo. Senza negare il valore degli esami completi dell'operando crede che il valore individuale del chirurgo rappresenti sempre una parte importante del successo dell'intervento.

CHIASSERINI (Roma). — I Relatori hanno assolto un compito arduo per la vastità del tema che investe lo studio della prognosi delle operazioni chirurgiche; prognosi difficile a fare. Le difficoltà dipendono dal fatto che la ricerca di mezzi atti a valutare la resistenza degli operandi devono essere rivolti a molteplici organi; in più si deve considerare i rapporti fra gli organi per cui la diminuita funzione di uno solo ha una importanza relativa. Ha grande importanza il criterio clinico dato dall'esperienza chirurgica. Nella Clinica di Roma nei casi di choc operatorio, di acidosi, si usano fleboclisi di soluzione glucosata e insulina, così vengono trattati anche

i diabetici. Nel collasso dei polmoni Torraca ha consigliato l'aspirazione dal bronco del tappo di muco che avrebbe determinato il collasso; crede però che la patogenesi non sia così semplice chè in alcuni casi di collasso massivo non è stato rinvenuto una causa meccanica di questa grave complicazione.

Vorrebbe che si desse importanza all'embolia grassosa che seguirebbe a taluni interventi in individui grassi simulando lo choc postoperatorio.

GHIRON V. (Roma). — Nei casi di complicazioni polmonari ammette che si debba invocare in alcuni casi una patogenesi di embolia. Riferisce in proposito le conclusioni di suoi esperimenti che dimostrerebbero ciò.

CIMINATA (Padova). — Nella Clinica di Padova ha osservato un numero non minore di br.-polmoniti negli operati in anestesia locale. La massima percentuale di complicazioni polmonari è a carico delle operazioni addominali. Ha studiato l'azione delle inalazioni di CO_2 e l'influenza della lobelina sul centro respiratorio. Questa ha una azione netta per via endovenosa mentre la sua azione per altra via, è molto limitata. Dà la preferenza al CO_2.

BERTOCCHI (Torino). — Adoperando il metodo delle pile termoelettriche, ha studiato il comportamento della temperatura interna, prima, durante e dopo la narcosi, in operati diversi (ernie, resezione gastrica, appendicite, retroversione uterina, genu valgo, ecc.). Ha notato che: 1) l'iniezione di morfina preparatoria alla narcosi, determina un lieve aumento di temperatura (frazioni di grado); 2) nel periodo di eccitamento muscolare che precede la narcosi completa, si ha pure un aumento di temperatura che varia da frazioni di grado fino a 1°,50; 3) durante la narcosi profonda corrispondente all'atto operatorio, si ha un abbassamento di temperatura che si prolunga oltre la sospensione della narcosi per un periodo variabile da mezz'ora a due ore e 10'; 4) dopo questo periodo si ha un lento e graduale aumento della temperatura; 5) la durata della narcosi ha influenza sia sul grado di abbassamento di temperatura, sia sul prolungarsi di questo periodo; 6) gli interventi sull'addome determinano abbassamenti di temperatura più accentuati che non quelli extraddominali.

Prospetta l'ipotesi che la diminuzione di temperatura nella narcosi e durante l'atto operativo, e il prolungarsi di questa diminuzione per un periodo di tempo più o meno lungo dopo la sospensione della narcosi stessa, sia da mettere in rapporto con fatti di paralisi dei centri termoregolatori o con fatti di diminuita ossidazione. Crede che la notevole diminuzione di temperatura interna durante la narcosi possa avere influenza (specie negli interventi laparotomici) per lo stabilirsi di complicazioni polmonari postoperatorie.

MARAGLIANO D. (Genova). — A proposito della acidosi postoperatoria insiste sull'efficacia che ha sopra di essa l'autoemoterapia preventiva che si esegue aspirando 20 cmc. di sangue ed iniettandoli immediatamente sotto cute la sera prima dell'operazione in occasione della preparazione del malato. Corrispondentemente alla non comparsa o all'attenuazione dell'acidosi postoperatoria, si ha una benefica modificazione di quella sindrome di fenomeni che fa degli operati individui in condizioni temporaneamente anormali.

TARDO (Palermo). — Riguardo alla importanza delle prove funzionali del rene ricorda che nel Congresso internazionale di Urologia di Bruxelles si è riconosciuto che la K non ha valore per una prognosi immediata o a distanza nè può prevedere ciò che può divenire della funzione renale dopo l'operazione. Per la valutazione della funzione renale, si deve dare maggior valore alla azotemia e alla eliminazione delle sostanze coloranti, perchè la prova della concentrazione massima, non è applicabile. Consiglia la F. S. F. che ha il pregio di una eliminazione minore nella ipertensione e nelle lesioni epatiche di modo che può dare un indice di possibili lesioni.

CROSTI (Milano). — Adopera sempre l'etere in chirurgia infantile, e ha osservato rarissime complicazioni polmonari. Nella toracotomia per empiema usa l'anestesia locale o qualche goccia di cloruro di etile. Dei molti metodi proposti per la valutazione dei mezzi di resistenza dell'operando chiede che vengano enumerati quali metodi debbano essere praticati, specie in relazione alla responsabilità civile.

MORPURGO (Torino). — Rileva l'importanza della richiesta di Crosti.

Seduta pomeridiana, 19 ottobre 1927.

FICHERA (Pavia). — Dalle ricerche praticate ha tratto la conclusione che il digiuno, la somministrazione di purganti, l'etere e il cloroformio; la natura dell'affezione (tranne che nei tumori maligni molto avanzati), anche l'entità dell'atto operativo, non provocano alterazioni del ricambio acido-basico. Maggiore influenza è esercitata dalla R. A. e dalla A. L. L'O. attribuisce questo allo stato cosciente di veglia, in ultima analisi a una causa psichica. Il fattore neuro-psichico influirebbe sul sistema vegetativo eso- ed endocrino. Per ovviare alle acidosi non crede sufficente il glucosio ma occorre alcalinizzare per tutte le vie di somministrazione, il paziente. Ha indagato se l'intervento pone il paz. in uno stato di anergia usando la tubercolina, il vaccino di Bruschettini, il Caseal. L'anergia, quando esiste, si riferisce a tutt'e tre gli stimoli ed è più facile a constatare negli individui colpiti da cancro. Rispetto all'influenza della narcosi, della gravità dell'intervento, il potere reattivo rimane invariato nel 48 % dei casi, aumentato nel 21 %, diminuito nel resto. Nei traumatizzati ha trovato in 8 il potere reattivo abolito, in 5 aumentato, in 2 invariato. Consiglia di non maltrattare i tessuti per non creare uno stato di anergia e quindi una diminuzione dei poteri di resistenza dell'operando.

Rispetto a Crosti rigetta la proposta di codificare le ricerche.

R. ALESSANDRI (Roma). — Esprime anzitutto

la sua soddisfazione per il tema scelto per la relazione chirurgica di quest'anno, che egli aveva sostenuto anche nel Congresso antecedente, perchè esso ha dato modo agli egregi colleghi Fasiani e Torraca di presentare una relazione, che pur non raggiungendo una mole soverchia, da, in un campo così vasto, un riassunto assai pregevole di quanto vi è di più importante in argomento: e in secondo luogo, perchè esso ha dato occasione a numerosi giovani dei vari Istituti clinici e patologici di procedere a indagini ed esperienze, che pur soventi incomplete o praticate su scarso numero di casi, dimostrano il fervore di lavoro che li anima e servono per una messa a punto di tante questioni di attualità.

Nè i colleghi, di cui si è fatto portavoce il prof. Crosti, hanno ragione di allarmarsi; chè evidentemente non a tutte queste ricerche dovranno essere sottoposti i malati prima di venire operati; altrimenti il rischio operatorio cederebbe dinanzi al danno pre-operatorio! Alcune indagini sono soltanto da esperire in determinate condizioni; altre certamente rappresentano un di più in genere non necessario; ma come ha accennato, tutte servono a orientarci nel difficile giudizio della prognosi e della preparazione negli operandi, e potranno aver valore quando un'esperienza più larga permetterà di venire a conclusioni più precise.

Giustamente i relatori hanno insistito sull'acidosi, che è una complicazione post-operatoria assai frequente e temibile; poco invece hanno detto sull'alcalosi, che pure in alcune condizioni morbose specialmente dei tratti alti del tubo digerente, è frequente ed ha notevole importanza prognostica; da ricerche fatte nella sua clinica risulta non minore che per l'acidosi l'influenza dannosa per esempio sul tempo di coagulazione.

D'accordo coi relatori pensa assai importanti le ricerche sulla funzione epatica, e si associa alle loro osservazioni, che mentre lo studio della funzionalità renale nella preparazione dei malati all'operazione è stato assai diffuso e preciso, assai minor peso in genere si dà nella pratica a quello della funzionalità epatica, che viene spesso quasi del tutto trascurata. Pure esso è, specie in certe categorie di malati, importantissimo, e nella sua clinica non si trascura mai di valutarlo, ove occorra, colle molteplici prove dirette e indirette, che qui non è il caso di enumerare.

L'O. inoltre desidera trattenersi, se pur brevemente, su due punti importanti.

Il primo è la questione dell'anestesia, che è secondo l'O. fondamentale, mentre è ancora lungi dall'essere risolta in modo definitivo, o almeno non vi è accordo sostanziale fra i vari chirurghi.

Pur riconoscendo gli svantaggi dell'anestesia generale, anche di quella coll'etere, i relatori concludono che in fondo spesso l'anestesia eterea è ancora la migliore; mentre egli direbbe più esattamente che è la meno peggio, quando non si possa fare a meno della narcosi generale. È sua convinzione che sarebbe utile — e nella di lui clinica si segue da tempo questo indirizzo — abbandonare o limitare al massimo l'anestesia generale coi narcotici soliti, compreso l'etere, che pure certamente è il meno nocivo. Egli ha cercato e cerca di dare l'estensione maggiore possibile alle anestesie regionali e locali. Riconosce che in parecchi casi ciò non è possibile; ma per questi, da quanto ha potuto vedere, specialmente in America e in Inghilterra, ed ora per una certa estensione anche in Francia, crede sia preferibile sostituire l'anestesia coi gas, specialmente coll'etilene. Se ancora non ha potuto sperimentarla, ciò è dovuto alla complicazione degli apparecchi generalmente in uso e alla difficoltà di procurarsi da noi il gas necessario; ma ora che crede di aver superato questi ostacoli, si propone utilizzarla, sicuro di raggiungere un vantaggio notevole.

Le complicazioni broncopolmonari post-operatorie costituiscono un pericolo assai grave e frequente, specialmente come è noto in alcune operazioni, che vanno oggi aumentando di numero, e oscurano la prognosi di interventi, che senza di esse, sarebbe assai favorevole. Specialmente per le operazioni sullo stomaco e sul duodeno, tranne casi eccezionali, oggi non impensierisce più, come un tempo, nè l'emorragia, nè lo shock, nè l'infezione, mentre permane minacciosa la possibilità di complicazioni polmonali post-operatorie.

D'accordo che, non possono esse attribuirsi particolarmente nè al genere di anestesia, nè alla stagione, nè alla preparazione o alle precauzioni pre- e post-operatorie, per quanto tutte queste circostanze abbiano il loro peso da valutare e prevedere: queste cause sono state esaurientemente riferite dai relatori.

Pur continuando lo studio clinico e sperimentale della questione e delle indagini fatte, Ascoli M. e Ghiron hanno portato qui alcuni risultati non trascurabili, egli ha insistito ed insiste sulla vaccinazione preventiva degli operandi adoperando il vaccino polivalente broncopolmonare dell'I. S. M. Si dice che il trattamento richiede lungo tempo; ciò non è: sono sufficienti tre iniezioni preventive, e in malati in cui in genere l'intervento non è urgente e nei quali occorrono sempre vari giorni di degenza per lo studio diagnostico e preparatorio (esami funzionali, radiologici, ecc.) esso è sempre possibile senza danno. Anche l'iniezione preoperatoria di soluzioni glucosate, con o senza contemporanea somministrazione di insulina, mi si è mostrata utile, contrariamente a quanto alcuni colleghi hanno qui riferito.

In quanto all'efficacia della vaccinazione preventiva, è difficile dare conclusioni decise. Certo essa non impedisce il presentarsi di complicazioni bronco-polmonari post-operatorie; la frequenza non ne è diminuita, o di poco; pare invece che sia attenuata almeno in parecchi casi la gravità della lesione, e quindi se ne possa attendere una diminuzione della cifra di mortalità per questa causa.

Donati (Padova). — Si associa alle conclusioni dei Relatori. Crede che si debba sentire il problema dal punto di vista clinico il che vuol dire essere individualisti anche nella preparazione del malato. Concorda con Alessandri nel dover giu-

dicare con molto criterio delle ricerche. Vi sono operandi giudicati non ottimi dalle indagini che resistono benissimo e malati con apparenza di resistenza che cedono a cause impreviste e imprevedibili. Rigetta la proposta del Crosti perchè anche nell'eseguire le ricerche bisogna essere individuali. Pratica sistematicamente l'esame clinico che ha importanza fondamentale e che va fatto metodicamente. Dei malati occorre fare l'analisi necessaria ma sopratutto la sintesi. Teme anche lui al massimo la polmonite postoperatoria. Con la vaccinazione pre-operatoria gli è venuto il dubbio di aver messo talvolta, il malato, in condizione allergica; ma riconosce anche lui un vantaggio e continuerà ad usarla. Insiste assai sulle condizioni della bocca e dei denti, somministra largamente la morfina per togliere la contrazione di difesa dei mm. addominali anteriori e crede di diminuire così il numero delle complicazioni polmonari. Un indice dell'importanza della contrazione muscolare di difesa sta, secondo l'O. nell'aver osservato localizzazioni polmonari corrispondenti alla metà operata. Crede che si debba estendere l'anestesia locale e regionale; nei casi in cui è necessaria l'anestesia generale, è opportuno di servirsi di un anestetista. Non ha esperienza dell'anestesia con i gas.

Replica dei Relatori.

FASIANI (Padova). — Fa osservare come le numerose comunicazioni abbiano portato contributi notevoli alla fisiopatologia della narcosi e alle variazioni delle condizioni funzionali di diversi organi dopo l'intervento.

Per quanto riguarda l'azotemia accetta le conclusioni dei lavori fatti con i metodi più precisi; esiste quindi un aumento dell'azoto del sangue nel periodo postoperatorio. Il valore dell'azotemia non è una questione risolta in chirurgia generale. Non ha valore assoluto nemmeno una cifra dell'1 ‰. L'acidosi postoperatoria rappresenta un problema importante, la tendenza all'aumento nel periodo postoperatorio è comune; il meccanismo di produzione è invece oscuro e non tutto dipende da una diminuita ossidazione: si rileva una caduta notevole in brevi interventi e brevi narcosi, e viceversa. Deve avere una importanza fondamentale il sistema nervoso.

Esiste una disposizione individuale al rischio postoperatorio, sarebbe necessario, così, la ricerca di fattori individuali di predisposizione. Le modificazioni della capacità respiratoria possono rappresentare una predisposizione al pericolo. Foà e Borra riconoscono che in individui con complicazioni postoperatorie gli esami avevano dimostrato una insufficienza respiratoria preoperatoria.

Le ricerche di Ascoli hanno una importanza fondamentale perchè dicono che operazioni eseguite solo sulla parete non modificano l'escursione respiratoria; indicano che questa modificazione è dovuta alle manovre operatorie per riflessi e spasmi che vanno lungo le vie del vago e del simpatico. Si devono completare le ricerche sulla funzionalità epatica, che a malgrado del suo interesse è poco studiata. Le prove della funzione del cuore hanno un valore limitato, al massimo si esegue la prova del lavoro dosato e dell'apnea volontaria.

È opportuno di interrogare ogni malato sulla tendenza ad emorragia. L'indice di coagulabilità va ricercato per quanto un abbassamento di questo non si accompagna a pericolo di emorragia. È obbligo di ricercarlo negli epatici con infezione e nelle splenomegalie. Crede che raramente abbia importanza l'embolia grassosa, ha trovato lipuria solo in fratturati. Riguardo alla costante crede che questa possa avere un valore accanto alla azotemia e alla fenolsulfonftaleina. Ha sempre usato l'etere nei bambini, questi tendono alla acidosi appena si stabilisca una riduzione degli alimenti, nei disturbi intestinali, nel rachitismo. L'alcalosi rappresenta un pericolo solo nella stenosi alta dell'intestino. L'anergia postoperatoria dimostra quanto profondo sia l'attacco dell'intervento chirurgico.

TORRACA (Modena). — Riafferma l'utilità della somministrazione del glucosio, la massima parte degli OO. si è dimostrata favorevole anche alla iniezione contemporanea di insulina. Per l'abbassamento della R. A. non occorre aver soverchia preoccupazione: l'interessamento si rivolgerà solo a qualche caso con equilibrio acido-basico alterato prima dell'operazione. Anche nella trasfusione la maggioranza è favorevole al sangue puro piuttosto che al citratato benchè a questo non si possono imputare inconvenienti serii. I risultati della spirometria fanno valutare l'importanza della ginnastica respiratoria. Condivide l'opinione del correlatore sull'importanza del lavoro di Ascoli. Per quanto riguarda la genesi del collasso polmonare insiste sulla teoria ammessa perchè in un paziente per sette volte vi fu un collasso e per sette volte ne fu guarito con l'aspirazione del tappo di muco.

Il metodo originale di vaccinazione di Lambret è, realmente, troppo lungo; la siero-terapia non farebbe diminuire il numero delle polmoniti ma ne rende il decorso più blando. L'uso prolungato della morfina come è usato da molti, è un'arma a doppio taglio perchè diminuisce lo stimolo alla tosse e favorisce l'accumulo del muco. Per quanto riguarda le anestesie gassose, per quanto talvolta non possono sostituire l'etere, giudicando solo sui dati bibliografici crede che si possano consigliare perchè non sono capaci di alterare il cuore, il fegato e il rene. L'acetilene è meno consigliabile perchè inverte il tipo respiratorio (espirazione attiva), l'etilene deve essere privo di qualsiasi traccia di impurità, specie del CO a cui vennero dovuti tre casi di morte.

Comunicazioni varie.

DOMINICI (Sassari). — *Studio sperimentale sulla patogenesi delle paraosteoartropatie nelle lesioni traumatiche del midollo spinale.* — Le osservazioni fatte dopo la guerra specialmente da Dejenne e Ceillier e in Italia dallo Zanoli dimostrano che queste lesioni sono più frequenti di quanto si credeva (nel 58 % dei feriti secondo Ceillier) e che invece di vere artropatie si trattasse piuttosto di lesioni paraarticolari e parascheletriche e cioè di processi di ossificazione paraarticolari e paraosteali, soltanto in qualche

caso di versamento endoarticolare generalmente scarso.

La patogenesi è discussa (trofica, batterica, tossica, traumatica, mista). Da ricerche sperimentali fatte nella sua Clinica l'O. ritiene che probabilmente è necessario un trauma di natura speciale affinchè negli arti paralizzati per lesioni traumatiche del midollo spinale si producono queste paraosteoartropatie.

MORPURGO e MILONE (Torino). — *L'influenza della nutrizione insufficiente nell'attecchimento di innesti omoplastici di pelle.* — L'alimentazione insufficiente, prolungata favorisce l'attecchimento di gran parte o di tutto l'innesto omoplastico di pelle nei ratti albini. Negli animali assoggettati al digiuno si osserva un enorme cumulo di pigmento del sangue nell'apparato reticolo-endoteliale. Il risultato di queste esperienze appoggia l'ipotesi che la difesa dell'organismo contro tessuti eterogenei sia analoga a quella contro le infezioni.

MORPURGO e MILONE (Torino). — *La reazione all'innesto omoplastico di pelle dimostrata con l'affrontamento del derma del trapianto con quello dell'ospite.* — Dimostrano gli effetti dell'introduzione di pelle dello stesso individuo e di quella di un altro individuo nel sottocutaneo del dorso di ratti albini. Al 6°-8° giorno dopo l'operazione nel ratto innestato con pelle di un altro individuo, si osserva una forte gonfiezza cagionata da idrope locale, mentre in quello innestato con la pelle propria non si ha reazione.

FICHERA (Pavia). — *Innesti fetali omogenei nel diabete e nei tumori.* — Si è dimostrato come l'innesto del pancreas non attecchisce nei diabetici, come la milza e il timo nei cancerosi. Ha studiato il comportamento di innesti prelevati da feti umani. Una parte del materiale prelevato veniva esaminato istologicamente per dimostrarne lo stato di funzione; la parte maggiore veniva innestata nella vaginale o nel tessuto preperitoneale retropubico. Nessuna modificazione è stata avvertita nello stato dell'ospite. Esaminati gli innesti a diversi giorni di distanza, ha osservato che degli innesti da pancreas si liberano gli enzimi e si formano così fenomeni di lipolisi a carico del grasso circostante. Ne segue invasione cellulare e, da ultimo, sostituzione con tessuto connettivo. Lo stesso avviene per la milza e il timo.

BURCI (Firenze). — Ha eseguito in un diabetico, un innesto di pancreas di scimpanzé senza risultato. Ha osservato un risultato transitorio (per 6 mesi) in un individuo affetto da tetania in cui aveva innestato paratiroidi umane. Ricomparsi i sintomi ha praticato un secondo innesto con paratiroidi di scimpanzé con risultato identico. Istologicamente osservò che il connettivo si era sostituito al tessuto paratiroideo.

MARAGLIANO D. (Genova). — Osserva che a priori gli innesti di pancreas non potevano riuscire perchè non erano inattivati nel senso che non essendosi potuto eseguire l'allacciatura del dotto pancreatico rimanevano attivi i fermenti proteolitici e lipolitici. I fenomeni osservati negli innesti di Fichera sono dovuti non tanto ai fenomeni di necrobiosi quanto alla riserva di fermenti nelle cellule acinose innestate. Ricorda i risultati personali ottenuti con inclusioni di testicoli fissati nei galli sottoposti a castrazione subtotale (col calore a 70° per 1 ora), che mostrano segni di rigenerazione dei caratteri sessuali secondari più precocemente che nei galli controlli in cui fu eseguita la castrazione subtotale ma con l'inclusione di testicolo fissato.

FICHERA (Pavia). — Nega ogni importanza chirurgica in terapia sostitutiva degli innesti, anche con il metodo di Maragliano.

DE GAETANO (Napoli). — *Sindrome di stenosi pilorica determinata da cisti di echinococco del fegato a parete spessa e dura simulante un cancro dello stomaco. Intervento. Guarigione.*

CHIASSERINI (Roma). — *Le cisti ematiche del cervello.* — Si tratta di un caso di cisti ematica del cervello, in una bambina di 12 anni da lui operata nell'agosto scorso.

La cisti aveva pareti calcificate, era grande come un piccolo uovo, ed aveva sede sottocorticale, in corrispondenza della zona rolandica destra. La cisti fu aperta, il contenuto (liquido ematico di colorito scuro) vuotato, chiusura per primam.

L'esito dell'intervento fu buono; un'emiparesi sinistra, che la paziente presentava al momento dell'intervento, era quasi completamente scomparsa due mesi dopo.

Quanto alla natura della cisti l'O. crede non si possa determinare in modo sicuro. Data però la lunga durata della malattia (la paziente aveva presentato i primi sintomi all'età di 4 anni), l'assenza di traumi, e l'inizio dei sintomi dopo il decorso di un tifo, non è da escludersi che si possa essere trattato di un focolaio di encefalite emorragica, successivamente calcificatosi.

CALABRESE (Bologna). — *Un raro tumore dello stomaco. Studio clinico ed anatomo-patologico.*

ANZILOTTI (Livorno). — *Tumore dell'appendice con invaginazione appendicolo-tiflica.* — Caso interessante di polipo adenomatoso della appendice obliterata nella parte distale con trasformazione adenomatosa della mucosa della parte prossimale della appendice. Il polipo è stato causa di un invaginamento della appendice nel cieco nel quale sporgeva il polipo. È stato praticato il disinvaginamento della appendice e la resezione dello imbocco nel cieco della appendice. L'interesse del caso sta nella rarità dei tumori primitivi della appendice, nella rarità speciale dei polipi adenomatosi e nella rarità dello invaginamento della sola appendice nel cieco dato da un tumore.

FRANCINI (Massa Carrara). — A proposito della comunicazione del prof. Anzilotti comunica un caso di invaginamento ileo-cieco-colico nel quale svolgendo l'invaginazione si mise in evidenza una grossa idrope totale dell'appendice. La larga base rese necessaria una resezione del cieco.

Sul pezzo asportato si vedeva la cavità appendicolare distesa sporgere nel fondo cecale come una grossa calotta. La parete cecale costituiva un angolo contrattile al disotto di essa. Da ciò l'origine e la progressione dell'invaginamento.

(*Continua*).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Gli ascessi caldi del rene.

La denominazione di ascessi caldi del rene è stata data ad una specie di nefrite infettiva, caratterizzata dalla produzione nel rene di ascessi miliari confluenti od isolati. Non si tratta di pielonefrite, che di solito è bilaterale e si accompagna con piuria, nè di pionefrosi, in cui il rene è ridotto ad una sacca piena di pus.

Si tratta il più spesso di ascessi primitivi di origine ematogena, che si verifica senza alcuna affezione delle vie urinarie. La malattia scoppia in persone in apparenza sane, ma è probabile che preesista un'alterazione renale che è venuta a diminuire i mezzi di difesa del rene.

Un dolore vivo, continuo nell'ipocondrio apre la scena; si accompagna a sensibilità addominale, più intensa della parte superiore. Si può pensare a perforazione intestinale, ad appendicite fulminante. Temperatura a 39°-40°, vomiti, sudori profusi, delirio; lingua fuligginosa e secca o tumida e biancastra.

Alla palpazione, contrattura e dolore specialmente vivi all'angolo costo-vertebrale. Si palpa il rene con forma di una massa globosa e liscia. I sintomi urinari sono negativi; minzioni nè frequenti, nè dolorose; urine limpide, senza albumina e con rari leucociti. L'esame del sangue mostra iperleucocitosi con polinucleosi; la radiografia, una modificazione dell'ombra renale e talora l'esistenza di un calcolo.

La malattia può migliorare e tutto ritornare nell'ombra in pochi giorni; tale guarigione, dovuta all'incistamento degli ascessi, non è che apparente e si hanno quasi sempre delle recidive.

Nei casi favorevoli, l'ascesso si apre nel bacinetto; la piuria si accompagna a caduta della temperatura e ne può seguire la guarigione. Altre volte l'ascesso si apre all'esterno nella capsula adiposa, risultandone un flemmone perinefritico. Si può avere diffusione del processo all'altro rene, oppure possono sopravvenire accidenti di inibizione sull'altro rene, la setticemia, la piemia.

La diagnosi non è difficile; basta pensarvi.

A malattia costituita, dieta idrica, chinino a piccole dosi, iniezioni di olio canforato. Nei casi gravi, Grandjean (*Journal des praticiens*, 22 gennaio 1927) consiglia l'intervento chirurgico, la nefrectomia. Sole eccezioni, se l'altro rene è deficiente (in tal caso si fa la nefrostomia con drenaggio ampio) o se l'ascesso è unico ed allora ci si contenta di fare una larga incisione.

Quando si tratta di reni molto grossi, con focolai suppurati multipli ed aderenze forti e numerose, si farà l'intervento in due tempi: nefrostomia e nefrectomia secondaria. *fil.*

Contributo alla conoscenza della patogenesi della nefrite ematurica.

S. Rolando (*Journal d'Urologie*, n. 5, 1927) avendo studiato completamente un caso di nefrite ematurica, in cui la pielo-ureterografia dimostrava un'angolatura dell'uretere ed un restringimento della porzione iniziale del calice superiore, e l'atto operatorio dava in corrispondenza del polo superiore del rene un nodulo circoscritto di nefrite parenchimatosa; crede poter ricostruire la patogenesi del detto caso in questo senso: angolatura dell'uretere, idronefrosi iniziale, focolaio circoscritto di nefrite emorragica al terzo superiore del rene.

L'A. nota giustamente che la maggior parte delle nefriti ematuriche « sine causa » pubblicati non sono accompagnati da un esame urologico completo, che in molti casi avrebbe potuto rivelarne la causa. V. LOZZI.

L'ematuria nell'appendicite.

Lo Zaffagnini, aiuto chirurgo nell'Ospedale Maggiore di Bologna (*Archivio Italiano di Urologia*, fasc. V, maggio 1927), mette in evidenza la complicanza ematurica nell'appendicite, non solo chè può far sviare dal giusto concetto diagnostico, ma sopratutto chè è indice di un processo morboso di particolare gravezza. Attribuisce al Lancien nel 1902 come il primo che segnalò la ematuria nel corso di un'appendicite.

La statistica, secondo lo Z., registra 41 osservazioni compreso il contributo italiano dato dall'Ascoli, dal Segrè, dal Babini. Lo Z. reputa non inutile raccogliere in un breve lavoro tutte le osservazioni e le teorie patogenetiche edite in proposito, facendole precedere da alcuni casi di ematuria da lui osservate in quest'ultimo triennio: illustra così 6 osservazioni proprie. La casistica ha fatto vedere come i vari osservatori abbiano invocato momenti etio-patogenetici diversi per interpretare nell'appendicite il fenomeno « ematuria ». Le ipotesi emesse si possono riunire in due gruppi: quelle che fanno capo al rene, e sono le più numerose, e quelle che invocano l'uretere. In rapporto con l'appendicite le statistiche sono piuttosto frammentarie e non offrono nulla di caratteristico. Ascoli su 1098 appendiciti operate dal 1904 al 1924 nella Clinica del prof. Alessandri avrebbe osservato due volte la ematuria. L'A. illustra poi l'anatomia-patologica, la sintomatologia, la diagnosi. Conclude che l'intervento deve praticarsi solamente dopo che le condizioni generali e locali del malato lo permettono e dopo che, attraverso l'esame clinico metodico del P. in armonia col giudizio sintetico

scaturito da tutte le indagini di laboratorio si è risaliti alla diagnosi del caso in esame.

A. CIOFFI.

La gangrena vescicale.

Solipy. (*Zeitsch. f. Uiol.*), a proposito di un caso proprio ricorda quest'affezione grave (la mortalità sarebbe del 50 % negli uomini e del 24 % nelle donne) non frequente, ma forse più di quanto lo si ritienec omunemente. La sua patogenesi non è ben chiarita.

Gli AA. nei 167 casi finora pubblicati hanno attribuito importanza ad infezioni preesistenti delle vie urinarie, a difetto di circolo vescicale, a malattie generali (diabete, sifilide, alcoolismo), al depauperamento dell'organismo.

Molta importanza hanno le condizioni di circolo del piccolo bacino, infatti sono frequenti, relativamente, i casi di gangrena vescicale nelle gravide e nelle puerpere. I germi malati sono varii: streptococchi, vibriomi, stafilococchi, ecc. Come cura l'A. consiglia l'epicistostomia e il lavaggio vescicale.

VITTORIO GHIRON.

TERAPIA.

L'alimentazione del tubercoloso.

L. e U. Guinard (*Revue médicale*, 11 agosto 1927) insistono sul fatto che non vi è un regime speciale per il tubercoloso, ma sono importanti la scelta dei piatti e la loro preparazione. Di grande importanza è la lentezza dell'ingestione e la conservazione di un tubo digerente in ottimo stato.

Ogni restrizione alimentare dovuta a dispepsia, ptosi, enterite, anoressia mette il malato in stato di minore difesa.

Si deve tener presente che il tubercoloso esige 1/5 di più di calorie (circa 420) che il normale per la sua alimentazione; non si deve però calcolare la dieta del tubercoloso in base alle calorie ed alla equivalenza degli alimenti. Esso deve avere un'alimentazione sana, senza nessuna restrizione. Gli AA. però sconsigliano le uova e la carne cruda.

È assolutamente necessario che i malati non prendano nulla fra i pasti e che non si sovralimentino; gli intervalli fra i pasti devono essere di 4 ore.

Poco consigliabile è la carne bollita o a stufato; di preferenza il pesce magro. Le uova possono essere date al latte, in forma di frittata, ma sempre passate al calore. Niente latte come bevanda ai pasti. Dare in quantità abbastanza notevole dei grassi: burro fresco, crema, grassi animali. Dall'ottobre all'aprile. olio di fegato di merluzzo ai malati che lo sopportano senza perdita di appetito. Pane a volontà, bene masticato. Gli AA. insistono sull'utilità del vino nel regime dei tubercolosi; esso è ricco in fosfati, in tannino, albumina, acidi, alcool e sarebbe un errore il proscriverlo dalla dieta; essi autorizzano anche in caso di inappetenza i condimenti e le spezie, in quantità moderata.

In complesso: regime largamente variato, ben preparato e presentato e poche o punte restrizioni, per quanto è possibile.

fil.

Il regime di Gerson nella tubercolosi polmonare.

Il regime alimentare proposto da Gerson sarebbe particolarmente adatto per il metabolismo dei tisici. Si tratta di un'alimentazione ricca di albumine, grassi e vitamine. da cui sono esclusi il sale, le conserve, le carni ed i pesci affumicati e salati, l'aceto ed il brodo. Sono permessi in piccola quantità la carne ed il pesce freschi, gli estratti di carne, il sidro e le bevande alcooliche. Si raccomandano specialmente i legumi crudi o cotti, il latte, il burro, le vivande zuccherate, le frutta, le uova, il grasso di majale, i legumi secchi. Si sottomette inoltre il malato ad una cura rimineralizzante.

Le statistiche fin qui riportate sarebbero favorevoli al metodo. Hermannsdorfer ha osservato una rapida ripresa del peso, una diminuzione dei segni funzionali, la rarefazione dei bacilli ed anche una cicatrizzazione delle lesioni alla radiografia. Altri però (Bettmann) non condividono tale ottimismo, poichè avendo provato tale regime su cinque bambini, ne videro due che non poterono sopportare il regime declorurato e tre che non ebbero affatto miglioramenti.

H. Schmitz (*Zeit. f. Tuberkulose*, 1927, n. 6) ritiene che questo regime è troppo povero di albumine e che il suo alto contenuto in vitamine non costituisce una novità; quanto alla carenza di esso in cloruro di sodio, che sarebbe destinata a favorire la saturazione dell'organismo per mezzo di altri sali, è fondata sulla teoria della demineralizzazione dei tubercolosi che non sembra oggi un dogma intangibile.

L'A. ha tentato di applicare il regime in sei malati, dovendo anzitutto resistere alle loro proteste, per una dieta declorurata e senza carni. Non si è notato nessun aumento di peso e nessun miglioramento delle lesioni. L'A. ne conclude quindi che tale regime non offre nessun vantaggio manifesto.

fil.

La belladonna nella colite spastica dei tubercolosi.

R. Godel e A. Courcoux (*Journal des praticiens*, 28 maggio 1927) insistono sulla efficacia della belladonna nel trattamento del dolore a barra dei tubercolotici. Essi prescrivono: estratto di belladonna cg. due; estr. di giusquiamo cg. uno; sapone medicinale q. b.; per una pillola; 2-3 al giorno. Oppure: estr. di belladonna cg. due; estr. di datura stram. cg. tre. Per una pillola.

Quando il dolore non segue immediatamente l

pasti, è preferibile non ricorrere alla belladonna, per non turbare l'attività necessaria del pneumogastrico durante la digestione. Si useranno allora dei panni molto caldi sull'addome oppure il ferro da stiro, riscaldato e passato sulla regione epigastrica, al disopra di alcuni strati di flanella.

Nei casi particolarmente ribelli, si faranno iniezioni di atropina, di cui è notevole l'azione sedativa: solfato di atropina cg. uno; acqua di lauroceraso g. 4; acq. dist. g. 16; per venti fialette. Se ne usa 1/2 cmc. per iniezione endomuscolare (azione rapida) od ipodermica (azione persistente).

Per il trattamento della sindrome secondaria della colite acida, si utilizzeranno:

1) I suppositorii: estratto di belladonna; cloridrato di stovaina. ana cg. due; burro di cacao g. 4. Per un suppositorio; 2-3 al giorno. Si può aggiungere del benzoato di benzile (XV gocce della soluzione oleosa a 1/20), oppure della papaverina (cinque cg.).

2) I clisteri all'agar (Carnot e Friedel). In un litro di acqua bollente, si mettono 30 grammi di agar, che si lasciano rigonfiare fino a che non sussista più che qualche filamento. Si passa allo staccio e si sterilizza con l'ebollizione. Si ha in tal modo una soluzione-madre, di cui si prelevano 2-3 cucchiai per preparare un clistere da 250 grammi di emulsione, aspirando e ricacciando con una siringa Guyon, fino ad ottenere una consistenza cremosa. Si aggiungono XX gocce di laudano e si introduce molto lentamente, senza pressione. In caso di intolleranza, il liquido può essere ricacciato fuori dopo 5 minuti; ma esso lascia sulla mucosa una specie di vernice protettiva, che è efficace. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. S. C., da F.:

Un volume contenente le Leggi e Regolamenti per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro è stato pubblicato dal Ministero dell'Economia Nazionale, 1921.

Esso è completo, e fu pubblicato a Spoleto, Tip. Panetto e Petrelli. Prezzo L. 10.

Come tutte le pubblicazioni dello Stato ritengo sarà in vendita al Ministero delle Finanze (Libreria Stato). DIEZ.

Al dott. A. F., abb. n. 5707:

Non è stabilito ogni quanto tempo vengono banditi i concorsi per titoli od esami integrativi ad uso dei medici militari per il rilascio della patente di medico di bordo. C.

Al dott. G. R., da G. V.:

Con l'accordo del 21 maggio 1925 l'Italia e la Gran Brettagna garantirono il reciproco libero esercizio professionale, ma con ciò non fu escluso il pagamento di una tassa di registrazione. C.

VARIA.

Una spiegazione dell'aumentata mortalità per cardiopatie.

È noto che la mortalità da cardiopatie ha subito durante gli ultimi anni un progressivo aumento. Le statistiche ufficiali americane che nel 1900 davano come indice di detta mortalità 132 per centomila, ne riportavano 185 nel 1925.

Questo incremento s'è spiegato col *surmenage* della vita moderna e con il prolungamento della durata media della vita, il che permette ad un maggior numero d'individui di giungere alle età più soggette agli effetti letali delle cardiopatie. H. Albert espone ora (*Journal of Amer. Med. Ass.*, n. 26, 1927) una nuova spiegazione.

Egli osserva che dalle statistiche risulta maggiore il numero degl'individui che, per i progressi moderni della medicina, vengono salvati dalla morte per malattie infettive; quindi molti soggetti che una volta soccombevano ad una delle infezioni che predispongono alle cardiopatie (scarlattina, reumatismo, sifilide), oggi costituiscono uno stock di futuri candidati alle malattie cardiache. L'A. basa la sua affermazione, per quanto concerne la scarlattina, sulle statistiche del Massachusetts General Hospital, dalle quali risulta che mentre nel 1885 se ne riscontravano 1224 ogni centomila abitanti che avevano subito la scarlattina, nel 1925 invece se ne contavano appena 245. I sopravvissuti a questa malattia sono rimasti probabilmente più o meno lesi dall'infezione subita, e la loro lesione si rivelerà 20-25 anni più tardi, in forma di cardiopatia, nefropatia ecc. Altrettanto deve dirsi per tutte le altre malattie che sogliono dar luogo a complicazioni cardiache. I salvati di oggi vengono ad essere i candidati cardiaci di un più o meno prossimo domani; donde l'aumento della mortalità da cardiopatie.

La diminuzione della mortalità per tubercolosi.

La mortalità per tubercolosi è fortemente diminuita agli Stati Uniti; nel 1924, in confronto col 1900, tale diminuzione arrivava al 73 % per le bambine sotto 1 anno ed al 37 % per le donne da 15 a 19 anni. Tale fenomeno non è limitato agli Stati Uniti, ma si osserva, sebbene in proporzione minore, anche in Inghilterra.

La mortalità per 100.000, espressa in cifre brute, è stata agli Stati Uniti nel 1900: 201,9 maschi e 188,5 femmine; nel 1910, rispettivamente 184,0 e 146,2; nel 1920, 121,8 e 103,7; nel 1924, 95,4 e 78,0. (*Publ. Health Reports*, 1926). *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

La tubercolosi problema assicurativo.

Dott. Cesare Giannini,
Medico capo della Cassa Nazionale per le A. S.

La tesi dell'orientamento previdenziale della lotta contro la tubercolosi fu posta al Congresso di Torino e riassunta nel voto Sclavo-Vivante presentato al Governo nel giugno del 1925. Il Congresso di Napoli dell'anno precedente aveva affrontato il tema del finanziamento della lotta medesima, invocando il largo intervento dei capitali assicurativi.

Ai colleghi i quali formularono in sede di discussione, il voto che, ove non si potesse raggiungere immediatamente l'assicurazione generale di malattia, della quale la difesa contro la tubercolosi avrebbe costituito il capitolo maggiore, si sollecitasse dal Governo almeno l'assicurazione limitata alla tubercolosi, io risposi che una simile sistemazione, pur costituendo indubbiamente un vantaggio in confronto dello stato attuale, non pareva consigliabile, essenzialmente per il fatto che avrebbe potuto far perdere di mira il problema maggiore.

Oggi, di fronte alla realtà, formalmente difforme dalla tesi di allora, era appunto debito di coscienza che io mi soffermassi brevemente a considerare il valore sostanziale dell'atto legislativo approvato dal Governo, senza di che non potrebbe in verun modo giustificarsi il modesto contributo di studio e di animo che ebbi la fortuna di apportare in un simile problema che, d'altro canto, è venuto ormai a costituire uno dei campi di azione del grande Istituto del quale ho l'onore di dirigere i servizi sanitari.

Io dissi allora, e confermo oggi, che l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi non può raggiungere la necessaria efficienza quando essa sia completamente avulsa dall'assicurazione di malattia; ma debbo immediatamente soggiungere che una simile branca previdenziale può pervenire a risultati di incalcolabile valore quando essa sia orientata sin dalla sua origine verso la immancabile integrazione che S. E. il Capo del Governo, con la superiore consapevolezza che caratterizza gli atti della sua superba fatica, ha voluto conferirle sin dalla prima enunciazione, quando ha inciso, sulla Carta del Lavoro, il canone che questa parziale assicurazione deve costituire l'avviamento all'assicurazione di malattia.

Dico anzi che, con un simile orientamento, questa sistemazione, assolutamente nuova nelle costituzioni positive della previdenza, è destinata a garentirci risultati notevolmente migliori che non quelli raggiunti nei paesi ove vige l'assicurazione generale di malattia, nei cui piani attuariali e nei cui programmi istituzionali e funzionali non si era evidentemente calcolata esattamente la quota di carico — che doveva esercitare nella configurazione di un rischio medio, questo doloroso flagello sociale che lungi dal risentire le influenze arginatrici del sistema previdenziale — nella misura nella quale erano state previste dalla logica astratta della armonica interdipendenza fenomenica tra fatto morboso ed organizzazione difensiva — ha subìto ovunque una esasperazione sulla quale hanno, quando a quando, influito situazioni pure esse eccezionali nella tecnica degli studi previdenziali: e mi limiterò ad accennare, tra tutte, le malattie a tipo epidemico, la guerra ed il complesso impoverimento biologico che ne è stata la conseguenza immancabile.

Così, mentre in Germania, pur intensificandosi progressivamente la cura sanatoriale, se ne impoveriva la visuale umana e sociale nel rapporto che si stabiliva tra il costo delle diarie e la possibilità di repristinare alla meglio un conveniente periodo lavorativo e contributivo, in Austria e nelle stesse Casse di malattia pertinenti alle regioni annesse all'Italia, il peso esercitato dalle cure per la tubercolosi raggiungeva e raggiunge tuttora una tale entità da destare serie apprensioni per la stabilità dei bilanci sino ad imporre limiti ed accorgimenti che falsano, più o meno apertamente, le finalità sociali della lotta antitubercolare nell'insieme della gestione assicurativa.

E si pensi che, almeno per quanto concerne le Casse di malattia delle provincie annesse, la politica sanatoriale è limitata a proporzioni irrisorie, mentre quella ospedaliera è riservata alle fasi acute entro un periodo tassativamente circoscritto, con la prevalenza assoluta di quelle cure ambulatorie o domiciliari nelle quali si finisce per smarrire il criterio liberatore che deve dominare, nel limite del possibile, la lotta, la quale non ha senso — oltre la modesta asserzione igienica e la modificazione del fattore sintomatico — quando si restringa alla espressione del dispensario o dell'ambulatorio.

E di un simile disagio economico, pur tra le accennate limitazioni, fanno fede i dati dei più recenti bilanci; i quali ci attestano che oltre un quarto della spesa di gestione dell'assicurazione

di malattia è assorbito dalla cura per la tubercolosi, pur tra le notevoli limitazioni programmatiche ed istituzionali di cui ho fatto cenno in antecedenza.

Simili inconvenienti ed analoghe deformazioni non dovevano inficiare il piano costruttivo della legge italiana nella quale, ad assicurare la più perfetta rispondenza possibile della intelaiatura istituzionale e funzionale alla determinazione del costo ed alla concezione sociale delle finalità della lotta antitubercolare, si doveva necessariamente procedere dalla esatta definizione del rischio assicurativo; concetto quanto mai arduo quando si rapporti alla tubercolosi e ad un concreto disegno di misure difensive. E si noti bene che è precisamente questo problema centrale, dominante tutto l'organismo assicurativo, quello che non venne mai tenuto presente negli essenziali caratteri costitutivi, dagli studiosi che si occuparono in passato della materia, senza per altro che ciò possa rappresentare per alcuno il menomo appunto, solo che si pensi come le assicurazioni sociali costituiscano ormai un corpo di dottrina a sè con precise caratteristiche teoriche e pratiche le quali partecipano ad un tempo di numerosissime branche scientifiche, anche nei puri riflessi medici, ahimè troppo trascurati nell'insegnamento e conseguentemente nella pratica.

La tubercolosi, se è concetto ben definito per quanto si attiene all'essenza etiologica ed alle caratteristiche patologiche, patogenetiche e cliniche, è entità assai difficilmente precisabile per quanto ha riferimento a tutte quelle complesse note che ne debbono e ne possono costituire una esatta e concreta forma assicurativa.

E così, ad esempio, dobbiamo domandarci se nella visuale assicurativa possano comprendersi gli stati predispositivi e premonitori, le varie forme di sofferenze, di deficienze e di affezioni organiche che sogliono preparare il terreno alla invasione bacillare, se vi si debbano considerare infine tutte le varietà e gli stadi del morbo indipendentemente da ogni orientamento prognostico e via dicendo.

Non v'ha dubbio che un simile complesso di fasi morbose e dei problemi che vi si riferiscono da un punto di vista profilattico e terapeutico, rientrano nel concetto di tubercolosi e di difesa antitubercolare da un punto di vista generale, scientifico e clinico; ma la stessa cosa non può dirsi evidentemente da un punto di vista assicurativo per la necessità di disporre di termini qualitativamente e quantitativamente positivi, anche quando sopra molti degli aspetti e dei problemi accennati non pesassero ancora incognite e discussioni di profondo valore scientifico, a segno da costituire il fondamento e la necessità di scuole post-universitarie, come quella di Genova, inaugurando la quale l'illustre professore Maragliano diceva: « quella della tubercolosi è una branca della medicina che oggi ha raggiunta una completa personalità..., perchè costituisce un corpo di dottrina che và dalla batteriologia alla patologia sperimentale, alla biologia normale e patologica, all'anatomia patologica, alla clinica, all'igiene; prende da tutte e coordina tutto in un organismo armonico che ha vita e finalità proprie ».

D'altro canto ad una simile vastità di aspetti corrisponde una non minore vastità del triste campo di affermazione del morbo, anche quando a rigor di termini non debba ammettersi che la presenza del germe costituisca malattia in atto, pur rappresentandone in ogni caso la incombente minaccia contro cui dovrebbe svolgersi un'adeguata azione di vigile difesa: è appena il caso di ricordare infatti che il bacillo si rinverrebbe nel 70 % degli individui secondo il Lustig e nel 97 % secondo il Viola, mentre il numero di quelli che reagirebbero alla tubercolina sarebbe dell'86 % secondo il Monti e del 91 % secondo l'Hamburger, risultati questi che avrebbero alla loro volta la dolorosa conferma nei reperti anatomici specifici che il Nageli afferma di aver riscontrato nella proporzione del 97 % dei soggetti oltre il 15° anno di età venuti a morte per cause morbose estranee alla tubercolosi. Se pertanto le estrinsecazioni della morbilità tubercolare sono di una varietà che eccede quasi la possibilità di una netta definizione, a segno da chiamare a raccolta il contributo di tutte le scienze bio-patologiche; se il contingente degli esposti al rischio attuale coincide in certe fasi della vita quasi col contingente dei soggetti, deve convenirsi che una non minore estensione debba conferirsi alle misure di difesa, a partire da quelle che si orientano verso una qualche modificazione del fattore costituzionale, sino a giungere a quelle che si mantengono in una tra le più complesse concezioni clinico-terapeutiche, attraverso le attività intermedie della profilassi e della igiene, intese a variare profondamente il fattore ambientale che nella tubercolosi assume un valore ed un peso assolutamente decisivi.

Se così è, una sistemazione previdenziale del problema che ci occupa, dovrebbe, in linea puramente ideale, costituire il campo di affermazione di un'attività nuova che chiamerebbe a raccolta la scienza e la pratica senza esclusione di aspetti e di forme intorno al problema più vasto e più arduo che preoccupi ai nostri giorni, più che in passato, l'umanità tutta intera.

***

Ma evidentemente così non è mai stato inteso un organismo assicurativo e così non doveva essere inteso dal Governo Italiano, sollecito solo di aprire una nuova via che consentisse di arginare le progredienti rovine di questa paurosa minaccia della razza, dopo la positiva esperienza della inefficacia dei risultati conseguiti sino ad oggi in stretta dipendenza della inefficacia dei mezzi e delle fonti che non avrebbero potuto consentire neanche in seguito migliori prospettive.

***

Di qui — e dalle dogmatiche esigenze della scienza assicurativa — la necessità di definire esattamente il rischio, che è quanto dire l'oggetto dell'assicurazione, in rapporto al contingente degli assicurabili, al costo della gestione ed alla sua ripartizione, in funzione di un preciso ordinamento amministrativo, istituzionale e funzionale diretto ad assicurare, con identità di criteri, la garanzia delle prestazioni assicurative *concepite come diritto*, in che risiede la differenziazione etico-giuridica di maggior rilievo in confronto di qualsiasi regime assistenziale, più o meno inspirato al criterio delle funzioni di pubblica tutela che, per quanto ha riguardo alla salute, sono tuttora inspirate a quel sublime concetto evangelico della carità troppo poveramente alimentata dal « *quod superest* », e circoscritta all'« *usque sufficit* ».

Ma io riterrei di arrogarmi compiti che non si mantengono nell'ambito delle mie attribuzioni se cercassi di procedere oggi alla precisa delimitazione del concetto assicurativo della tubercolosi.

Di fronte ad una legge che — con rigoroso metodo fascista — segna i cardini del nuovo poderoso strumento di difesa offerto alla Nazione contro uno dei più immani flagelli, conviene attendere con disciplina che gli Organi competenti procedano, con la coscienza e la conoscenza che li distingue, alle ulteriori opere di perfezionamento dell'atto costitutivo.

Senonchè è appena il caso di avvertire, come dalla economia di una simile legge e dalla reciproca correlazione dei vari istituti in che si sostanzia, emerga con sufficiente chiarezza quale sia la configurazione degli stati patologici ai quali il legislatore ha inteso di provvedere, quando ha stabilito che le prestazioni di maggior rilievo fossero quelle sanatoriali ed ospedaliere; donde si desume apertamente che il criterio fondamentale animatore del disegno governativo è stato quello di una coordinazione e di una integrazione delle varie attività e dei diversi istituti intesi alla medesima funzione, in un piano armonico che pone in rilievo la profonda conoscenza della materia ed il senso pratico che ne domina la sistemazione.

Se infatti si è ritenuto sino ad oggi che la organizzazione antitubercolare, imperniata sulla funzione dei Consorzi provinciali, gradatamente condotti ad unità di comandi e provvisti di mezzi autonomi, potesse progressivamente conguagliarsi alle essenziali necessità della lotta, l'istituto previdenziale, che sorgeva dalla pratica constatazione della insufficienza delle comuni risorse alle maggiori esigenze difensive, doveva logicamente mirare a valorizzare nella maggiore misura la innegabile bontà dell'ordinamento consorziale, riservandogli tutte le funzioni perfettamente disciplinabili nell'ambito di una organizzazione a tipo regionale, sottraendogli in egual tempo i pesi maggiori ai quali si era ormai provato che non avrebbe potuto far fronte e che avrebbero continuato a frustrarne in larga misura i risultati benefici.

È in base a questo impareggiabile compito di coordinazione e di integrazione, o meglio ancora, di coordinazione integrativa, che può ricostituirsi l'unità direttiva della lotta antitubercolare in una duplice sfera di attività convergente ad un unico fine:

l'ordinamento consorziale, elevato alla massima efficienza con funzioni diagnostiche, igieniche, profilattiche afferenti a quei prodigiosi centri di azione che sono i dispensari, creatori tra l'altro di coscienza igienica e di assistenza domiciliare, largamente cosparsi in tutto il territorio della Nazione e regolatori provvidi dei mezzi difensivi esistenti e di quelli che potranno sorgere nell'orbita della legislazione vigente;

l'organismo assicurativo, partecipe per i propri soggetti giuridici di quello stesso ordinamento; creatore per proprio conto delle disponibilità più onerose e più provvide nella cerchia degli assicurati e degli assistiti che si fa ascendere ad un contingente pari circa alla metà della popolazione del Regno, in cui confronto, e sulla base dei dati statistici più accreditati, si è calcolato un fabbisogno di letti ospedalieri, sanatoriali e convalescenziari che si aggirerà intorno ai 20.000.

Senza peraltro che un simile contenuto prevalente, escluda, nell'ambito dell'assicurazione, la possibilità delle cure domiciliari che, nella pienezza dell'ordinamento previdenziale, avranno un valore prevalentemente integrativo, mentre dovranno, per necessità di cose e mentre si appresterà, nella cerchia di un tempo prevedibilmente breve, il fabbisogno ospedaliero e sanatoriale, costituire la misura predominante, dovendo in tale periodo la legge previdenziale inspirarsi ai

canoni dell'assicurazione di malattia nel campo della tubercolosi: essa attua infatti, tra l'altro, il canone fondamentale di considerare nella sfera di assistenza le unità familiari a differenza delle branche esistenti, imperniate nel concetto del rischio individuale.

Nè va trascurato appunto che il provvedimento governativo obbedisce per propria natura alle caratteristiche essenziali di un'assicurazione di malattia, dalla quale differisce per la limitazione della sfera di attività alla forma patologica che esige per sè sola provvidenze così complesse da costituire in linea normale un onere difficilmente tollerabile in un'assicurazione generale, verso cui tende peraltro come alla fase di massimo perfezionamento per completare le proprie provvidenze nei confronti medesimi di un tipo di malato che costituisce un leso ed un lesibile nella cerchia incommensurabile delle più svariate forme patologiche, che trovano nell'organismo del tubercoloso il terreno più adatto per i più temibili quadri morbosi acuti e cronici.

E non debbo esimermi infine dal far presente due singolarissimi aspetti ai quali intende di provvedere il piano programmatico della tutela assicurativa: quello del sussidio di malattia, allorquando il malato è l'unico od il prevalente fattore di produzione della famiglia e quello delle cure post-sanatoriali.

Per quanto concerne la prima delle misure enunciate è appena il caso di ricordare quanto ebbi campo di far presente sin dalla prima enunciazione della tesi previdenziale: che, cioè, nella situazione attuale, assai spesso le possibilità della cura sono frustrate — anche quando possa disporsi di un adatto ricovero — per la ineluttabile esigenza di non privare del pane la famiglia, finchè le forze lo consentono; mentre a proposito della cura convalescenziaria da questa forma esauriente di sofferenza organica basta andare col pensiero e con l'animo alla dolorosa constatazione della vanità delle cure sanatoriali quando siano fine a sè stesse: esse non impediscono infatti, in linea del tutto costante, che l'80 % dei dimessi dal sanatorio soggiaccia alla fatalità della fine entro un periodo di otto anni successivi alla dimissione dal luogo di cura, quand'anche sia intervenuto a suo tempo quel fallace giudizio della guarigione clinica.

Non infatti l'ambiente di vita e di lavoro in cui sorse la pallida realtà della tisi può costituire l'epilogo della nostra difesa; ma la lenta rieducazione ad un regime nuovo conguagliato, con criterio individualizzatore, ai nuovi equilibri biologici, deve rappresentare la mèta della nostra coscienza liberatrice.

E non si dica, per pietà verso la falange dei colpiti dalla tubercolosi, che la scienza ha superbamente risolto il problema della immunizzazione, sì che è già giunta l'ora fatidica nella quale è possibile ed utile bandire la pratica dei ricoveri per quella dei vaccini.

La tubercolosi, sventuratamente, non è un problema astratto che consenta nella vita il brillante esperimento delle prove del laboratorio o della clinica: essa è un flagello in intima inscindibile connessione con l'ambiente, inteso nei più tristi elementi che il termine comprensivo consenta.

E se le difese e la cura non mirassero, come il Governo più vigile che la storia ricordi ha voluto, a sottrarre il malato alle funeste conseguenze di un ambiente ove la tisi aleggia e carpisce tra le angustie, il buio, la miseria e gli stenti, nessun vaccino e nessun siero potrebbero salvare questo meraviglioso popolo nostro dalla terribile piovra che da decenni offre, come in un rito pauroso, alla tubercolosi un tributo di vite che veruna forza ha potuto costringere in rassicuranti confini.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Concessione e temporaneo uso del materiale profilattico della Sanità Pubblica.

In seguito al Decreto Ministeriale che stabilisce le norme per la utilizzazione e la concessione in temporaneo uso del materiale profilattico della Sanità Pubblica, la Direzione Generale della Sanità stessa ha inviato ai Sigg. Prefetti una circolare, nella quale, premesso che non sembra necessario alcun chiarimento di tali norme, così si esprime:

« Giova, peraltro, far presente che il principio sancito nell'art. 1 circa l'uso di quel materiale, tende anche ad evitare l'inutile invio di proposte per concessioni a finalità che non abbiano carattere sanitario o che comunque non rientrino nella competenza della Sanità Pubblica, giacchè a proposte del genere questo Ministero non potrebbe rispondere che negativamente ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUASANTA (*Ascoli Piceno*). — Scad. 30 nov.; vedi fasc. 45.

AMANDOLA (*Ascoli Piceno*). — Scad. 30 nov.; vedi fasc. 44.

BASCHI (*Perugia*). — A tutto 10 dic.; v. fasc. 46.

CASTELNUOVO DI CONZA (*Salerno*). — Consorzio con Santomenna. Scad. 15 dic.; vedi fasc. 44.

CASTEL S. NICOLÒ (*Arezzo*). — Scad. 30 nov.; vedi fasc. 45.

CHIOGGIA (*Venezia*). — Per Sottomarina (fraz. B), al 10 dic.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10; stip. L. 8500, aumenti periodici, p. trasp. L.1000-3000-4000; chied. annunzio. Serv. entro 15 gg.

CITTÀ DI CASTELLO (*Umbria*). — Scad. 30 nov.; v. fasc. 44.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — A tutto 15 dic. aiuto chirurgo negli Ospedali Uniti; nom. e conferma biennali; indenn. L. 7000, oltre L. 600 serv. att.; tassa L. 50. Rivolgersi al Municipio.

GENAZZANO (*Roma*). — A tutto 30 nov.; L. 9500 per 1000 pov.; addizionale L. 4 fino a 2000 pov. e L. 5 oltre; 5 quadr. dec.; c.-v.; tassa L. 50; docum. a 3 mesi dal 20 ott.

GENOVA. *Ospedale Psichiatrico Provinciale.* — Scad. 10 dic.; vedi fasc. 44.

GROSSETO. — Direttore della Sez. Medico-Micrograf. del Laborat. Provinciale d'Igiene e Profilassi. Scad. ore 18 del 31 dic. Titoli ed esami. Stip. L. 14,000 e quadrienni fino a L. 21,000; L. 2500 serv. att.; L. 500 alloggio; partecipaz. 20 % analisi e contravvenz. Tassa L. 50. Età lim. 45 a. al 3 nov. Serv. entro 20 gg. Chied. annunzio alla Segreteria Gener. della Provincia.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Assist. del Gabinetto Radiologico dell'Ambulat. Com. per i bambini delle scuole e per i poveri; L. 2400 annue; 2 ore di serv. giornal., escluse le domeniche; titoli. Anno di prova; poi nom. biennale. Età lim. 35 a. Scad. ore 16 del 10 dic. Rivolgersi Ufficio di Protocollo (via Ospedale 5). Docum. a 1 mese dal 3 nov. Serv. entro 15 gg. Chied. ann.

Assist. dell'Ambulat. Comunale Podoiatrico per i bambini delle scuole e per i pov. Stesse condiz.

NAPOLI. *Alto Commissariato per la Provincia.* — Uff. san. di Torre Annunziata; ab. 35,402; Ha. 990; stip. L. 12,000; dom. in carta da L. 3 all'Ufficio del Med. Prov. entro le ore 12 del 30 dic.; età lim. 45 a.; docum. a 3 mesi dal 20 ott.; titoli ed esami; a parità titolo preferenza: corso di puericoltura.

NOVARA. — Ufficiale sanitario. Scad. 10 dic.; vedi fasc. 44.

REGGELLO (*Firenze*). — Scad. 30 novembre; vedi fasc. 45.

SAVONA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario; scad. 30 nov.; vedi fasc. 44.

TIZZANA (*Pistoia*). — Scad. 25 nov.; L. 8500 e 8 trienni dec.; c.-v.; L. 2000 trasp. (variab.). Età lim. 35 a. Tassa L. 50.15.

VERCELLI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Biella; a tutto 20 dic.; vedi fasc. 46.

VICENZA. *Amministraz. Provinciale.* — Scad. 15 dic. Vedi fasc. 45.

VOLTIDO (*Cremona*). — Scad. 30 nov.; ab. 1298 in 4 fraz. compreso capoluogo; L. 11,500, oltre L. 300 uff. san., L. 1500 trasp.; c.-v. L. 135.60 se ammogliato o vedovo con prole, L. 90 in caso diverso; comoda abitaz. dietro modesto fitto.

CONCORSI A PREMI.

Fondazione « Gaetano Mazzoni ».

Presso la R. Università di Roma è aperto il concorso ad un premio annuo, consistente nella rendita del capitale di L. 50 mila, diminuita delle tasse e delle spese di amministrazione. Sarà conferito al concorrente che avrà ottenuto il maggior numero di punti e di lodi complessivamente negli esami di profitto e in quello di laurea. A parità di voti deciderà la sorte. Scad. ore 12 del 31 luglio 1928. Chiedere annunzio alla Segreteria.

Fondazione Colasanti.

Presso la R. Università di Roma è aperto un concorso a un premio di L. 1000 fra i laureati in medicina e chirurgia nella Università durante l'ultimo quadriennio scolastico e che abbiano seguito l'intero corso universitario in detto Ateneo. Scad. ore 12 del 30 novembre.

Al concorso dovranno presentarsi uno o più memorie originali a stampa, su argomenti di farmacologia sperimentale; esse dovranno essere consegnate in Rettorato non più tardi delle ore 12 del 1° giugno. Chiedere annunzio alla Segreteria.

Fondazione Rolli.

Presso la R. Università di Roma è aperto il concorso, per gli studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia, a sette premi della Fondazione Rolli, di L. 1000 ciascuno. Scad. 11 dic., ore 12. Esami. Chiedere annunzio alla Segreteria.

POSTI DI STUDIO.

Fondazione Corsi.

Presso la R. Università di Roma è aperto il concorso a due posti di studio; per concorrere si richiede di avere conseguita la laurea medico-chirurgica nella Università da non oltre un triennio solare dopo avervi frequentato i corsi per due anni almeno e di aver conseguito negli esami speciali e generali una media di 24/30. Scad. 3 dicembre, ore 12.

Il premio, di L. 225 mensili, sarà corrisposto per otto mesi. Chiedere annunzio alla Segreteria.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il Consiglio Superiore della P. I. ha approvato gli atti del concorso alla cattedra di farmacologia e tossicologia; vincitori: 1° Meneghetti Egilio; 2° Ajazzi Mancini Mario; 3° Di Mattei Pietro.

Il dott. Emanuele Sorge ha conseguito la libera docenza in patologia chirurgica.

Il prof. Brugsch, aiuto di Clinica medica a Berlino, è chiamato a dirigere la Clinica medica di Halle.

NOTIZIE DIVERSE.

Contributo italiano alla lotta contro la malaria.

Nella sede della Società delle Nazioni a Ginevra si è riunita la Commissione internazionale della malaria, per trattare diversi argomenti, sotto la presidenza del dott. gr. uff. Alberto Lutrario.

Sull'argomento riguardante l'impiego del chineto e degli alcaloidi secondarii della china fu fatto un ampio dibattito. Sono state acquisite agli atti della Commissione tre importanti monografie del prof. Marinotti, direttore tecnico del laboratorio del chinino di Stato a Torino. Il presidente ha anche comunicato una nota del prof. V. Ascoli sull'uso degli alcaloidi secondarii nella cura della malaria, e sull'impiego della plasmochina, portando a conoscenza della Commissione le ultime esperienze fatte dal dott. Bini a Fiumicino e dal prof. Memmi, direttore dell'ospedale di Grosseto.

A proposito dei corsi teorici e pratici di malariologia, il presidente Lutrario ha illustrato la importanza morale e scientifica della Scuola Superiore di Malariologia di recente creata a Roma per volontà dell'on. Mussolini, Scuola che ha la missione fondamentale di concorrere alla formazione di tecnici competenti, presi non soltanto nel campo medico, ma anche nel campo dell'ingegneria, dall'agricoltura e della pubblica economia. Tale finalità ha un valore altissimo per il raggiungimento di risultati utili nella lotta contro la malaria.

La Commissione ha quindi deliberato a unanimità di proporre al Comitato di Igiene di volere autorizzare il direttore medico a iniziare senza indugio trattative con la Direzione della Scuola Superiore di Malariologia affinchè questa possa largamente concorrere alla preparazione di medici anche per conto della Società delle Nazioni.

Il prof. D. Ottolenghi tenne a far rilevare che nella Scuola v'è un corso speciale per ingegneri ed agrari; pertanto alle Amministrazioni sanitatrie dei vari Paesi si raccomanderà di tenerne il debito conto.

Il prof. Ottolenghi ha riferito sui suoi studi intorno alla condizione e al carattere della infezione malarica degli anofeli. I risultati ottenuti hanno notevole importanza per la terapia della paralisi e la profilassi della malaria.

Il prof. Ottolenghi ha pure dato notizie circa la Stazione sperimentale per la lotta contro la malaria in Roma.

Unione Internazionale per la lotta contro la tubercolosi.

Il Comitato Esecutivo dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi, composto di Sir Robert Philip, prof. Arcangelo Ilvento (delegato a rappresentare il Presidente prof. Raffaele Paolucci), Andvord (delegato dal dott. Harbitz), prof. Calmette, dott. Dervez, prof. Léon Bernard, segretario generale, dott. Hubert, segretario generale aggiunto, e M. A. Pallain, tesoriere, si è riunito a Parigi il 27 settembre.

Il giorno seguente il Consiglio di Direzione dell'Unione Internazionale ha tenuto la sua seduta annuale. Dieci paesi avevano inviato i loro rappresentanti: Germania, Austria, Belgio, Francia, Inghilterra, Italia, Monaco, Norvegia, Polonia e Svizzera.

Due nuovi paesi avevano inviato la loro adesione: la Finlandia e la Bulgaria; ciò che porta a 34 i paesi attualmente facenti parte dell'Unione.

La seduta del Comitato Esecutivo e la prima seduta del Consiglio Direttivo sono state consacrate in buona parte all'organizzazione della VI Conferenza dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi, che dovrà aver luogo a Roma il 25, il 26 ed il 27 settembre 1928.

I delegati italiani, proff. Ilvento, Mendes e Roatta, hanno presentato le proposte del Comitato d'organizzazione italiano che prevede numerose escursioni e visite a istituzioni antitubercolari in varii punti d'Italia, tanto più che si nota dovunque un grande interesse per questa VI Conferenza che avrà luogo in Italia: il Canadà per esempio, ha già stabilito d'inviare a Roma 30 suoi delegati.

Come nelle precedenti Conferenze le relazioni scientifiche saranno limitate a tre argomenti. Il Consiglio Direttivo ha scelto nella lunga lista proposta dai diversi paesi membri dell'Unione i tre temi seguenti:

1) Soggetto biologico: Elementi filtrabili del virus tubercolare.

2) Soggetto clinico: La diagnosi della tubercolosi nell'infanzia.

3) Soggetto sociale: L'organizzazione della profilassi antitubercolare nei distretti rurali.

Durante il Congresso Internazionale di Roma saranno tenute anche due o tre Conferenze su speciali soggetti ancora non precisati.

La scelta dei relatori e dei conferenzieri è stata riservata alla prossima riunione del Comitato Esecutivo.

La seconda seduta del Consiglio Direttivo è stata occupata dalla lettura e dalla discussione del rapporto del dott. Dumarest, direttore del Sanatorio di Hauteville, sui risultati della frenico-exeresi nella cura della tubercolosi polmonare.

Il resoconto di questa seduta scientifica sarà pubblicato sul prossimo numero del Bollettino dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi.

I servizi medico-scolastici della C. R. I. per il 1927-28.

I medici riuniti a Roma per il V Congresso di Igiene, dopo aver visitato ad Anzio il Sanatorio Militare diretto dal Capitano medico dott. F. Bocchetti, si recarono su automezzi forniti dalla Croce Rossa, prima alla Scuola antimalarica che la Direzione Generale della Sanità Pubblica ha in funzione nel Poligono militare di

Nettuno e che fu minutamente illustrata dal prof. Romano Maggiora, poi alla Scuola rurale di Tre Cancelli, dove ebbero la possibilità di constatare le condizioni in cui vivono gli abitanti delle capanne nelle Paludi Pontine e le difficoltà che la Croce Rossa deve superare per svolgere i servizi di assistenza sanitaria. Presero conoscenza dei particolari secondo cui si svolge il servizio medico-scolastico rurale della Croce Rossa, che ebbe inizio appunto nella Scuola di Tre Cancelli nel 1922 in seguito ad intese con le Scuole per i contadini e si è rapidamente sviluppato nella continua collaborazione dei due Enti, estendendosi prima alle Scuole rurali del Lazio e poi nel 1924-25 a quelle degli Abruzzi. Quindi nuove intese della Croce Rossa con l'Associazione per gli Interessi del Mezzogiorno, permisero di allargare ancora l'assistenza alle scuole delle località più impervie e più malariche della Basilicata, della Calabria, della Sicilia.

Le due grandi Associazioni Scolastiche — Scuole per i Contadini ed Associazione per il Mezzogiorno — hanno preparato durante l'estate scorsa nuove legioni di maestre, allenandole alla collaborazione col medico, e la Croce Rossa Italiana ha accettato di assumere il servizio medico-scolastico in altre 265 scuole, che con le precedenti formano un totale di 494, di cui 373 delle Scuole per i Contadini e 121 dell'Associazione per il Mezzogiorno con un totale presuntivo di circa 15,000 scolari, sparsi nell'Umbria, nelle Marche, nel Lazio, negli Abruzzi, nella Basilicata, nella Sicilia, nella Sardegna. Il funzionamento del servizio importa una spesa annua di L. 385,000 a carico della Croce Rossa Italiana, oltre i concorsi finanziari delle scuole.

L'inaugurazione di anni accademici.

Nella sala ducale del Castello Sforzesco di Milano si è svolta in forma solenne la inaugurazione dell'anno accademico della R. Università. Erano presenti tutte le autorità civili militari e fasciste, personalità e rappresentanze di tutti gli istitutti ed enti cittadini.

Il Rettore magnifico sen. Baldo Rossi ha fatto la relazione dell'anno accademico; poi il prof. Livio Campi ha svolto la prolusione.

Nell'aula magna della R. Università degli Studi di Firenze ha avuto luogo la solenne inaugurazione dell'anno accademico 1927-928 e la consegna del nuovo stendardo dell'Università, offerto per l'iniziativa di donna Bianca Garbasso dalla sezione fiorentina del Fascio femminile. Sono intervenute le più cospicue personalità civili e militari.

Il Rettore gr. uff. prof. Burci ha svolto la sua relazione; quindi il sen. prof. Gerolamo Gatti, insegnante di patologia speciale chirurgica e preside della Facoltà di medicina e chirurgia, ha letto il discorso inaugurale sul tema: « Il Collegio medico fiorentino, antichissima corporazione, dal 1200 ad oggi ».

Con grande solennità ha avuto luogo a Catania l'inaugurazione del nuovo anno accademico dell'Università.

Il Rettore on. prof. Muscatello ha fatto una relazione e quindi il prof. Andreoli ha pronunciato il discorso ufficiale.

Nell'Università di Parma si sono inaugurati i corsi con la relazione del Rettore, il quale ha comunicato la notizia che tutti i laureati sostennero bene l'esame di Stato e nessuno restò riprovato. Rileva come le statistiche di questo esame abbiano dimostrato che per quelli uscenti dalle Università maggiori la bocciatura varia dal 40 al 50 per cento.

Poi tenne il discorso inaugurale l'on. prof. Gabbi sulla « Medicina politica e Fascismo ». L'illustre clinico termina con una calorosa esaltazione dell'opera del Duce.

L'inaugurazione di nuovi Istituti della Facoltà di medicina di Roma.

Il 5 nov. sono stati inaugurati il nuovo Istituto di anatomia patologica e la nuova aula dell'Istituto di patologia speciale medica al Policlinico Umberto I di Roma.

Erano presenti il rettore dell'Università prof. Giorgio Del Vecchio, i direttori dei due istituti, proff. Antonio Dionisi e Agenore Zeri, coi rispettivi aiuti ed assistenti, e l'ing. Tullio Nicoli del Genio Civile, che ha illustrato i lavori compiuti.

Il Rettore prof. Del Vecchio ha espresso all'ing. Nicoli il suo compiacimento per il nuovo importante passo compiuto per la soluzione del problema edilizio universitario.

Ospedale italiano in Tripoli di Siria.

Alla presenza del R. Console Generale di Beirut e di Damasco, dell'agente consolare di Tripoli, dei direttori e direttrici delle nostre Scuole in Siria, con l'intervento di tutta la colonia italiana di Tripoli e dintorni, di autorità indigene, domenica 23 ottobre u. s. fu inaugurato a Tripoli il nuovo Ospedale dell'A. N. M. diretto dal dott. Amato.

Una folla di visitatori testimoniò l'entusiasmo e l'ammirazione per questo nostro nuovo Istituto.

L'Ospedale ha cominciato a funzionare all'indomani 24 ottobre.

Elargizioni.

La commissione centrale di beneficenza della Cassa di risparmio delle provincie lombarde, ha approvato la sovvenzione in conto corrente fino a lire 35 milioni alla Cassa depositi e prestiti per la costruzione di case per gli impiegati in Lombardia da parte dell'Istituto nazionale per le case degli impiegati statali.

Ha approvato varie concessioni, tra cui lire 30,000 al Consorzio provinciale antitubercolare

di Brescia per l'istituzione di dispensari; lire 60,000 per l'Opera Bonomelli per le provvidenze assistenziali agli emigranti; ecc.

Per le ricerche sull'ebefrenia.

Il dott. Maurice de Fleury ha annunziato all'Accademia di Medicina di Parigi che un filantropo anonimo ha posto a sua disposizione un milione di franchi, da essere corrisposto in cinque annualità, per promuovere le ricerche sugli stati mentali dei giovani, designati come schizofrenici ed ebefrenici, nonchè sugli stati deliranti più o meno sistematizzati, per i quali oggi l'unico rimedio consiste nell'internamento per un periodo più o meno lungo e a volte per tutta la vita. La donazione servirà a sussidiare laboratori e servizi ospedalieri in cui si compiranno le ricerche, destinandosi 170,000 franchi l'anno ad Istituti di Parigi e 10,000 franchi l'anno a tre grandi servizi delle provincie. Se prima del 5° anno il Comitato *ad hoc* accerterà la scoperta di un trattamento preventivo o curativo efficace degli stati ebefrenici, gli ultimi 200,000 franchi verranno assegnati allo scopritore. Del Comitato fanno parte il dott. Seglas per la Salpêtrière e per Bicêtre e il dott. Sérieuse per gli ospedali psicopatici del dipartimento della Senna.

Per la Casa di cultura italiana a New York.

In occasione della inaugurazione della Casa di Cultura Italiana presso la Columbia University in New York, l'avv. Antonio Campagna, che aveva anticipato per la costruzione circa 75 mila dollari, oltre 6000 dollari offerti dalla sua signora e 3000 dai suoi fratelli, somme che avrebbero dovuto essergli restituite di mano in mano che si fossero raccolti i contributi dei cittadini italiani colà residenti, ha rinunziato ad ogni suo diritto, donando alla Casa di Coltura Italiana la intera somma equipollente a circa un milione e mezzo di lire italiane.

Congresso francese di medici alienisti.

Il XXXI Congresso degli alienisti e neurologi di lingua francese si è tenuto a Blois, sotto la presidenza del prof. Raviart di Lilla. Le adunanze hanno avuto luogo nelle sale storiche del Château de Blois (ove convennero gli stati generali).

Conferenza del prof. Pittaluga.

Il giorno 8 corr. il prof. Gustavo Pittaluga, titolare di Parassitologia presso l'Università di Madrid, ha tenuto nell'aula della Clinica Medica di Roma una brillantissima conferenza su « La leishmaniosi viscerale e la fisiopatologia del sistema reticolo-endoteliale » illustrando l'argomento con interessanti e numerose proiezioni.

Esposti in sintesi i moderni concetti sul sistema reticolo-endoteliale e la sua partecipazione nelle attività difensive dell'organismo, l'O. passò in esame le varie malattie in cui predomina la lesione primaria e persistente del sistema reticolo-endoteliale, soffermandosi in special modo a parlare della leishmaniosi viscerale. Eseguendo uno studio comparativo fra le lesioni di « blocco » del sistema reticolo-endoteliale ottenute sperimentalmente e le lesioni dovute alla localizzazione del virus della leishmaniosi, è stata potuta osservare una rassomiglianza nel tipo di lesione. L'O. terminò la sua dotta conferenza concludendo sull'efficacia della metalloterapia nelle malattie con predominio delle lesioni specifiche del sistema reticolo-endoteliale.

Il sen. Simonetta lascia l'Università di Bari.

Il 23 ottobre il prof. sen. Simonetta, assolta la missione affidatagli dal Ministero di riorganizzare l'amministrazione della R. Università Adriatica, ha lasciato la città di Bari, diretto a Roma. Alla stazione l'eminente uomo fu ossequiato dal Prefetto gr. uff. Dezza, dal Podestà on. Di Crollalanza, dal Comandante la Divisione militare gen. De Vecchi, dal Segretario provinciale della Federazione Fascista comm. prof. D'Addabbo, dal Rettore dell'Università prof. comm. Leotta, da tutto il personale insegnante dell'Università. Fu improvvisata al partente una calorosa manifestazione di simpatia.

Per Emilio von Dungern.

Il 26 corr. ricorre il sessantesimo compleanno di Emilio v. Dungern.

Egli va considerato siccome uno dei fondatori della dottrina dell'immunità. Contemporaneamente al Bordet scoperse le emolisine.

Oltre alle sue scoperte, universalmente note, nel campo dell'immunità, sono sue le tavole di fondazione della sierologia costituzionale dettate nello studio sui gruppi sanguigni in collaborazione con Hirszfeld.

In questi ultimi anni ha abbandonato gli studi medici per darsi a problemi filosofici.

All'insigne uomo i migliori voti augurali.

In memoria di Tribondeau.

L'8 luglio scorso con una semplice ed affettuosa cerimonia fu scoperta nel laboratorio di batteriologia dell'Ospedale Marittimo di S. Anna a Tolone una lapide marmorea in memoria del prof. Louis Tribondeau, medico principale di 1ª classe dell'armata francese, morto cinque anni fa a Corfù, a soli 46 anni. Il nome di Tribondeau è legato ai suoi notevoli studi isto-fisiologici sul pancreas (1896-1900), alla legge di Bergonié-Tribondeau in roentgenologia (1904-1909), a numerose ricerche batteriologiche ed alle nuove tecniche ad esse riferentesi (metodo di Fontana-Tribondeau per la ricerca del treponema, ecc.).

Onoranze al gen. med. La Grotteria.

Per iniziativa di un comitato calabrese, il 29 ottobre è stata offerta una spada di onore e servito un banchetto al direttore di Sanità di Napoli, gen. Pasquale La Grotteria. Elevati i discorsi, fra cui quello del prof. Capasso e quello del generale in risposta agli oratori.

I medici dell' "American Legion".

Il 24 sett. u. s. l'« Association amicale des anciens médecins des corps combattents » e l'« Union des médecins mutilés » organizzarono un pranzo intimo in onore dei medici dell'« American Legion » presenti a Parigi. Regnò la simpatia più completa, malgrado la diversità delle lingue. Numerosi i brindisi.

Vittime della scienza e del dovere.

Il dott. Adrian Stokes, professore di patologia e batteriologia a Londra, recatosi nell'Africa equatoriale per incarico della Fondazione Rockefeller, allo scopo di studiare la trasmissibilità della febbre gialla, è morto di questa malattia a Lagos (Nigeria). Contava 40 anni.

Pure di febbre gialla è morto nel Senegal, vittima del dovere, il dott. René Guvillet, maggiore medico di 2ª classe delle truppe coloniali francesi. Il Presidente della Repubblica lo ha citato all'ordine del giorno della Nazione.

La Fondazione Carnegie per gli eroi ha stanziato un assegno annuo di 600 sterline (circa 50 mila lire it.) a favore del dott. W. Williams, che nella sua operosità di radiologo, spesa in gran parte durante la guerra, ha subito otto interventi chirurgici, con perdita della mano destra e di due dita della sinistra.

Scuola di perfezionamento in Odontoiatria e protesi dentaria presso la R. Università di Bologna.

Sono aperte le iscrizioni per l'anno scolastico 1927-28 ai corsi di perfezionamento di odontoiatria e protesi dentaria per i laureati in medicina e chirurgia.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione dei documenti e nel versamento delle tasse.

Per programmi ed informazioni rivolgersi presso la Segreteria della Scuola, via S. Vitale, 59, Bologna (13).

È morto a Napoli il prof. CLEMENTE ROMANO. Era nato a Benevento nel 1847. Conseguita la laurea, si recò per due anni all'estero; poi trascorse tutta la vita scientifica e professionale a Napoli. Venne abilitato in tre libere docenze: patologia chirurgica, medicina operatoria, propedeutica e clinica chirurgica. Nel 1879 fu nominato, per pubblico concorso, chirurgo all'Ospedale di Loreto, e nel 1882 all'Ospedale degli Incurabili; poi, per titoli, chirurgo all'Ospedale della Pace e al 2° Gruppo delle Opere Pie di Napoli. Nel 1898 venne incaricato dell'insegnamento di ortopedia presso l'Università e successivamente passò straordinario e ordinario. Tenne con grande onore questa cattedra, la prima istituita in Italia. Andato a riposo nel 1922, fu nominato professore emerito. Lascia una copiosa produzione scientifica, di oltre una sessantina di pubblicazioni, alcune delle quali apprezzatissime, nonchè alcuni lavori letterari, tra cui gli « Apoftegmi di sapienza latina ». Presiedette la Società Italiana di Ortopedia, cui portò un ricco contributo di relazioni e di comunicazioni. Coprì altre cariche importanti. Clinico espertissimo, trattava i bambini affidati alle sue cure con amore commovente e ne veniva ricambiato. Prodigò la sua opera di sanitario. Nella vita accademica dette prove costanti di equanimità e galantomismo.

Al figlio, dott. Gustavo, le nostre sentite condoglianze.

A. P.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

☛ Recentissime nostre edizioni

Riordinata ed aggiornata senza mutarvi l'originale indirizzo EMINENTEMENTE PRATICO, molto ampliata ed arricchita di parecchie nuove figure, abbiamo pubblicata la terza edizione del

Manuale di PEDIATRIA PRATICA

del PROF. DOTT. MARIO FLAMINI

Docente di Clinica Pediatrica nella R. Università, Direttore del Brefotrofio Provinciale di Roma.

Un volume in-8°, di pagg. XII-452 nitidamente stampato su carta semipatinata, con 118 figure intercalate nel testo. Prezzo L. 55, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. 50, in porto franco.
Inviare Vaglia Postale all'Editore LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 — ROMA.

☛ Importante MANUALETTO di PUERICULTURA:

Dott. prof. RENATO POLLITZER docente di Clinica Pediatrica nella R. Università. Direttore Sanitario dell'Istituto Scuola «San Gregorio» al Celio in Roma

Come si alleva il bambino sano e come si assiste il malato

con Prefazione del prof. FRANCESCO VALAGUSSA

Questo volumetto scritto dall'apprezzato nostro collaboratore Dott. Prof. RENATO POLLITZER, consta di circa 120 pagine con 66 figure nel testo, e mentre riesce utilissimo nei CORSI DI PUERICULTURA disposti dall'*Opera Nazionale per la Protezione dell'Infanzia e della Maternità*, costituisce anche una sicura e preziosa Guida ad uso delle Maestre (Visitatrici scolastiche), Infermiere assistenti infantili, Levatrici e Bambinaie.

Ecco l'Indice sistematico del manualetto:

PARTE PRIMA.

COME SI ALLEVA IL BAMBINO SANO.

1) CAUSE DELLA MORBILITÀ E MORTALITÀ INFANTILE.
   a) Mortalità antenatale.
   b) Mortalità postnatale.
2) PRIME CURE AL NEONATO.
   a) Cura dell'ombellico.
   b) Profilassi dell'oftalmia.
   c) Primo bagno.
   d) Come si veste il neonato e il lattante.
3) PARTICOLARITÀ ANATOMICHE E FISIOLOGICHE DEL NEONATO.
   a) Particolarità anatomiche.
   b) Particolarità fisiologiche.
   c) Modificazioni nei primi giorni di vita (peso, pelle, mammelle).
   d) Deficienze funzionali.
4) IGIENE DEL LATTANTE.
   a) Igiene della camera, della culla, del sonno.
   b) Igiene della pelle (bagni, lavaggi, cambi di biancheria, educazione alla pulizia).
   c) Igiene del sistema locomotore e della statica.
5) DENTIZIONE.
6) ALIMENTAZIONE.
   a) Vantaggi dell'allattamento naturale.
   b) Allattamento materno.
   a) Normale (tecnica; l'eutrofia del lattante).
      α) Normale (tecnica; l'eutrofia del lattante).
      β) Patologico.
   c) Allattamento con balia.
   d) Allattamento misto.
   e) Allattamento artificiale.
      Pericoli e come evitarli.
      Metodi e tecnica.
      Poppatoi e tetterelle.
   f) Latti modificati per l'alimentazione infantile.
   g) Svezzamento.
   h) Accrescimento e razioni alimentari.
7) MOTO — ARIA — SOLE.
8) PRINCIPII DI EDUCAZIONE INFANTILE.

PARTE SECONDA.

ASSISTENZA AL BAMBINO AMMALATO.

I. — NORME GENERALI:
   1) Temperatura, polso, raccolta ed esame dell'urina.
   2) Somministrazione di medicine.
   3) Clisteri.
   4) Cura della gola.
   5) Inalazioni.
   6) Cura degli occhi.
   7) Cura del naso.
   8) Cura dell'orecchio.
   9) Iniezioni.
   10) Impacchi.
   11) Bagni (semplici e medicati).
   12) Applicazione del caldo e del freddo sulla cute.
   13) Coppette.
II. — ASSISTENZA IN CASI DI SPECIALI MALATTIE:
   1) Assistenza al neonato prematuro.
   2) Assistenza ai polmonitici.
   3) Assistenza ai malati contagiosi.
   4) Assistenza agli eczematosi.
   5) Assistenza in malattie lunghe e gravi.
   6) Soccorsi d'urgenza.
III. — NOZIONI SU ALCUNE MALATTIE INFANTILI:
   1) Malattie infettive.
      a) acute.
      b) croniche.
   2) Alcune altre malattie infantili.
   3) Malattie contagiose della pelle e delle mucose.
   4) Malattie contagiose dell'occhio.
   5) Malattie gastro-intestinali.
   6) Sieri e vaccini.

Prezzo L. 15. Per i nostri abbonati sole L. 13,50 in porto franco. Questo prezzo di favore, acquistando in una sola volta, almeno 10 copie del libro, sarà ridotto a L. 12,50 la copia.

ANNO XXXIV Roma, 5 Dicembre 1927 Fasc. 49

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI S. ANTONIO IN OVADA.
REPARTO CHIRURGICO.
Prof. E. A. DELFINO, chirurgo primario.

Sopra un caso di tubercolosi primitiva della mammella femminile

per il dott. EMILIO CORTELLA, interno.

Mi pare non privo d'interesse il caso che qui riferisco, che fu oggetto di cura nel nostro reparto chirurgico nell'anno 1926.

Si tratta di una donna, O. A., di anni 46, sposata, contadina, da Ovada, con gentilizio perfettamente puro, negli antecedenti della quale, sia personali che famigliari, non abbiamo trovato il benchè minimo indizio di una qualche tara morbosa.

Mestruata a 13 anni, sposatasi a 20 con un uomo sano, ebbe sei gravidanze condotte tutte bene a termine, nessun aborto, nè figlio nato morto.

Fu affetta due volte da erisipela facciale; non sofferse nessun'altra malattia degna di nota. I figli ed il marito godono ottima salute.

Riferisce che il 2 novembre di quest'anno avvertì alla mammella destra, improvvisamente, un senso di peso e di pizzicore. Per consiglio di un sanitario applicò sulla parte impacchi caldi di acido borico ed in capo a 5-6 giorni scomparve la sintomatologia dolorosa. Attese sempre con lena ai lavori campestri, senonchè circa 20 giorni dopo si accorse che la stessa mammella destra presentava alla palpazione una insolita durezza.

Chiesto il parere di un sanitario le fu consigliato l'intervento per scirro. Ricorse a noi il 17 novembre 1926.

Al momento del suo ingresso nell'ospedale ad un esame generale si nota quanto segue:

Habitus brevilineo, macrosplancnico. Sviluppo scheletrico regolare.

Apparato ghiandolare e linfatico. — Nulla a carico dell'anello del Weldejer nè dei gangli cervicali, inguinali od epitrocleari. Si palpano soltanto grossi e numerosi gangli alla regione ascellare destra, poco mobili, indolenti.

Apparato respiratorio. — All'ispezione si nota che il torace è di forma cilindro-conica. Le fosse sopra- e sottoclaveari sono regolari. La respirazione è prevalentemente costale.

La palpazione praticata sulle varie zone toraciche dà un fremito vocale normale. Le escursioni respiratorie si compiono in modo eguale in ambo gli emitoraci.

La percussione e l'ascoltazione non danno nessun reperto patologico.

L'esame radioscopico non ha messo in rilievo nulla di anormale. Gli apici polmonari si rischiarano bene nei colpi di tosse, non esistono aderenze pleuro-diaframmatiche.

Apparato circolatorio. — Cuore nei limiti, toni netti su tutti i focolai.

Fegato e *milza* entro i limiti normali.

Esame della parte. — Portando la nostra attenzione sulla mammella destra si nota che essa si presenta un po' retratta ed il capezzolo leggermente rientrato e stirato verso l'alto. Con la palpazione si avverte anzitutto che la ghiandola è mobile sui piani sottostanti, anche facendo contrarre il gran pettorale. La cute è sollevabile in pieghe, meno che in corrispondenza del quadrante supero-esterno, ove con la palpazione profonda si avverte la presenza di un tumore abbastanza esteso non ben delimitato, di forma irregolarmente ovoidale, di consistenza dura. Con adatte manovre si riesce ad avvertire che esso non è costituito da una massa compatta, ma si presenta suddiviso in varie lobulazioni, non completamente separate le une dalle altre, di grandezza e forma diverse. Proseguendo la nostra sistematica palpazione nel cavo ascellare si riscontra la presenza di gangli ingrossati, poco mobili, indolenti. Nulla esiste a carico dell'altra mammella nè delle altre regioni ghiandolari.

Fu esclusa la forma neoplastica in base all'indagine anamnestica, circa il modo, la sede primitiva d'insorgenza e la rapidità dello sviluppo del processo ed in base al reperto palpatorio, e si pensò alla forma tubercolare.

Data l'estensione del processo e l'infiltrazione dei gangli ascellari fu deciso l'intervento radicale.

Intervento (18 novembre 1926 - prof. DELFINO). — Narcosi morfio-eterea.

Amputazione totale della mammella con svuotamento del cavo ascellare. Incisa a tutto spessore la parte asportata, appare all'osservazione macroscopica una formazione nodulare bianco-giallastra, della grandezza di un uovo di gallina; proseguendo le incisioni in vari sensi troviamo accanto ad essa zone di caseificazione ed aree cosparse di noduli miliariformi, bianco-giallastri. In altri punti si notano numerosi forellini da cui spremendo esce a gocce una sostanza bianco-giallastra, densa, purisimile. Attorno alle suddette zone esiste un tessuto infiltrato, che stride al taglio. Ho asportato dei pezzi della ghiandola presi sia nelle zone di caseificazione, sia in quelle ricchi di noduli. Furono fissati in formalina inclusi in paraffina e colorati alcuni con ematossilina ed eosina ed altri con lo Ziehl ed emallume. Ho proceduto quindi alla prova biologica nella cavia iniettando nel peritoneo di questa un po' della sostanza caseosa prelevata dalla mammella. L'animale andò deperendo e fu sacrificato in condizioni generali molto scadute. Il reperto necroscopico mi ha dato un ingorgo dei gangli regionali, nonchè presenza di noduli miliariformi sul peritoneo, riconosciuti dalla loro struttura istologica per noduli tubercolari.

Esame istologico. — Con la colorazione allo Ziehl emallume si sono messi in evidenza dei tipici bacilli tubercolari. Nelle sezioni poi colorate con emotossilina-eosina il reperto istologico è vario a seconda dei punti che si esaminano. In alcune parti il connettivo intralobulare che separa gli acini si presenta infiltrato di cellule embrionali, che si trovano nell'interno stesso del lobulo a contatto degli acini, la cui parete si presenta in alcuni punti ancora intatta, in altri sembra, oltrechè ispessita, anche usurata dalle cellule embrionali che sono penetrate nella cavità ghiandolare, mescolandosi alle cellule epiteliali. In altri punti i lobuli appaiono uniformemente granulosi, gli acini ghiandolari sono pressochè scomparsi e pare sieno stati rimpiazzati da elementi di neoformazione. A mala pena si riconosce qualche condotto ghiandolare. Si notano poi cellule giganti tipiche di varie dimensioni con la caratteristica corona nucleare alla periferia, la più parte delle quali però sono mancanti della zona epitelioide. Alcuni vasi sono sede di endoarterite e di endoflebite, non esistono però trombosi. In base a codesto reperto istologico ed alla prova biologica positiva fu stabilito senz'altro la diagnosi di tubercolosi della mammella che, data la negatività dei reperti clinici e radioscopici a carico degli altri apparati abbiamo ritenuta come primitiva.

La paziente dopo 18 giorni di degenza in ospedale lascia il reparto completamente guarita ed intraprende una cura generale da noi prescritta. La rivediamo tre mesi dopo in condizioni generali buone; riferisce di essere aumentata di peso, di mangiare con appetito e di attendere con primitiva lena alle occupazioni dei campi. Residua come postumo operatorio una cicatrice lineare molto regolare.

Gli studi sulla tubercolosi della mammella risalgono a data abbastanza recente. Detta affezione è piuttosto rara, tanto che alcuni autori quali il Cornil e Ranvier nella prima edizione del loro « Manuel d'histologie pathologique » ne hanno messo in dubbio persino l'esistenza. A. Cooper (1829) la designò sotto il nome di tumore scrofoloso, Velpeau (1854) ne distinse tre forme: tubercolosi disseminata, tumori linfatici, e tumori linfatico-marciosi.

Nel 1881 però Dubard stabiliva in modo inequivocabile le basi anatomo-patologiche di essa, confermate l'anno appresso da Ohmacker cui riuscì positiva la prima prova biologica in cavia con pus di un ascesso freddo mammario.

La forma primitiva si dà molto di rado; talora è confusa con la mastite cronica. Generalmente difatti si tratta di donne che nella giovinezza furono scrofolose o presentarono altre manifestazioni tubercolari, ovvero sono portatrici di contemporanee localizzazioni polmonari. Secondo alcuni quest'ultimo sarebbe il caso più frequente (Mandry) che si riscontrerebbe in più della metà delle donne affette da tubercolosi della mammella. Secondo altri invece detta percentuale sarebbe molto minore. Scott ne avrebbe osservato un solo caso su 27; Broendle su 11 donne affette da tubercolosi mammaria ne trovò due affette da tubercolosi ganglionare precedente ed una soltanto da apicite specifica concomitante.

La tubercolosi della mammella è una affezione generalmente unilaterale, per quanto si danno casi in verità non molto numerosi in cui si è manifestata in modo contemporaneo bilateral-

mente (Albertini-Salomoni) ed altri in cui le due ghiandole sono state successivamente colpite dallo stesso processo morboso (Walter).

Raramente la ghiandola mammaria si presenta colpita in massa dal processo specifico, ma statistiche attendibili riportano che nei due terzi la parte primieramente affetta è il quadrante supero esterno. Qualche volta il processo tubercolare occupa in primo tempo la regione posta sotto l'areola, quasi esattamente centrale e sono forse i casi in cui si tratta sopratutto di lesioni di condotti.

Secondo Dubar si possono distinguere due forme di tubercolosi della mammella: la forma confluente e la forma disseminata; Ohnacker non ammette questa distinzione, egli crede invece che l'affezione sia localizzata a principio, disseminata più tardi e rappresentata in terzo tempo da nodi irregolari, divisi da prima da tessuto che presenta le note caratteristiche del tessuto di reazione e che infine si fondono in una massa unica caseificata al centro dando così per ultimo la forma confluente.

Vero è che si danno casi di nodi vicini gli uni agli altri i quali stanno attorno ad uno stesso centro e sono destinati a diventare confluenti, ma è pur vero che la mammella può essere invasa contemporaneamente in più punti ben distinti gli uni dagli altri ed allora bisogna ammettere esistere parecchi centri di localizzazione tubercolare. Dal lato clinico nella forma confluente la ghiandola all'ispezione si presenta ingrossata e talora anche con il capezzolo retratto. La palpazione dimostra un tumore irregolare di grandezza variabile dal volume di una nocciola, a quello di una noce o poco più non raramente circondata da tessuto duro, infiltrato. Spesso si avvertono grossi nodi uniti con la loro base alla massa centrale.

Nella forma disseminata l'ispezione può anche non rilevare nulla a carico dell'organo ghiandolare o tutt'al più un modico grado d'ingrossamento, però la palpazione rivela induramenti irregolari di forma più spesso tondeggianti a superficie bernoccoluta, posti alla periferia o disseminati un po' ovunque nella ghiandola, mobili o fissi, poco dolenti alla pressione.

Nella forma disseminata tagliando a tutto spessore la ghiandola colpita si vede sulla superficie di taglio piccoli nodi prominenti, rossi, grigi o gialli da cui mediante la compressione fuoriesce un liquido torbido, bianco-giallastro. Nella forma confluente, che è la più frequente, si trova una tumefazione unica più o meno voluminosa, bitorzoluta, mal circoscritta che deforma la ghiandola; essa non tarda a caseificarsi al centro e formare una cavità irregolare, anfrattuosa con depressioni e sporgenze che delimitano in parte cavità secondarie, le quali talvolta non comunicano se non per tragitti sinuosi. La parete è spessa e tormentosa. Sulla superficie di taglio di questa parete, spessa, dura, bianco-grigiastra, d'aspetto fibroso si vedono gruppi di piccoli noduli, grossi come una capocchia di spillo, grigiastri, semitrasparenti e qualcuno opaco e già caseificato al suo centro (Duplay-Reclus).

Le alterazioni microscopiche sono identiche nelle due forme; studiate all'inizio nei piccoli focolai recenti o sulle parti più esterne dei grandi, a debole ingrandimento, si riconoscono consistere in infiltrazioni di cellule embrionarie attorno agli acini ghiandolari ed ai condotti, dimodochè il lobulo ha l'aspetto granuloso, pur conservando distinti acini e condottini. Ma più tardi questi e più ancora quelli vengono invasi e sostituiti dalle piccole cellule rotonde, cui si sono aggiunte cellule giganti in alcuni punti, mentre in altri si ha caseificazione. Ad ingrandimento forte, si trova a stadio avanzato il tessuto connettivo intralobare, interacinoso, infiltrato di cellule embrionarie che penetrano nel cavo ghiandolare, mescolandosi alle cellule epiteliali, le quali vanno scomparendo per lasciare il posto alle cellule giganti (Salomoni).

Per la sintomatologia prescindendo da quei casi in cui la tubercolosi mammaria non è che un piccolo episodio di una malattia generale, che ha focolai ben più gravi in altre parti dell'organismo e nei quali l'affezione specifica in parola può anche passare inosservata, diremo che l'inizio della tubercolosi isolata e forse primitiva della ghiandola mammaria è per lo più subdolo. Solo nella metà dei casi lo stabilirsi della malattia fu avvertita dalla paziente per vaghe molestie dolorose, come nel nostro caso, e raramente per dolore vivo; qualche volta fu accompagnato anche da tumefazione diffusa del seno (Scudder), che ne alterava le linee artistiche o da retrazione del capezzolo (Souplet-Salomoni), nonchè talora da ingorgo dei gangli ascellari, ingorgo precedente magari passato in fusione caseo-marciosa con fistolizzazione. Si danno casi in cui l'affezione si manifesta con ulcerazione fungosa torpida alla base del capezzolo con successiva formazione di ascessi freddi a qualche distanza, nella mammella.

Circa l'evoluzione si sa che e nella forma confluente, ed in quella disseminata, col progredire più o meno rapido del processo il nodo o i nodi ingrossando sino al volume di una noce o confluendo sino a quello di un'arancia, si fanno meno distinti dal tessuto ghiandolare circostante, perdono di consistenza sino a divenire fluttuanti. In seguito di solito compare arrossamento e assottigliamento della cute, ulcerazioni, con svuota-

mento del materiale caseoso e formazione di fistole. L'apertura spontanea è infatti l'esito attraverso il quale tende la tubercolosi mammaria. Vero è che i nodi tubercolari possono guarire senza aprirsi, riassorbirsi e scomparire, oppure trasformarsi in nodi cretacei, calcari, come si osserva in altre regioni, questa evoluzione però se è possibile ed anche probabile non è stata ancora chiaramente osservata nella mammella. Il decorso più comune è lento, di 2-5 mesi, un anno e persino di 4-5 anni (Mandry, Scudder) prima di arrivare all'ulcerazione ed alle fistole. Le fistole persistono molto a lungo se l'arte non interviene. La guarigione spontanea è rarissima e non ancora bene accertata; la morte più o meno tardiva avviene quando il male è lasciato a sè, per trapianto della tubercolosi nei visceri, specie toracici.

La diagnosi della tubercolosi della mammella è generalmente abbastanza difficile ed in questo tutti convengono, anzi alcuni, tra cui Habermaas, arrivano persino a dire che essa in principio è pressochè impossibile.

Le difficoltà diagnostiche variano a seconda dei differenti casi che si presentano alla nostra osservazione.

Se si tratta di una forma secondaria di leggeri si comprende come tali difficoltà sono facilmente superabili, ma nel caso di una forma primitiva è duopo andar cauti e distinguere.

Allorchè la tumefazione è suppurata e fistolizzata la diagnosi può non essere difficile; ma da principio sinchè il tubercoloma si mantiene duro si può confondere il tumore mammario irregolare, bernoccoluto, con focolaio di mastite cronica, con un carcinoma e specialmente quando non si hanno anche alterazioni dei gangli ascellari con un adeno-fibroma.

Quando poi la intumescenza è chiusa e fluttuante non è facile dire se si tratta di una forma specifica o di un ascesso subacuto, in questo caso se la paziente non è una tubercolotica esiste un solo sintomo che può servirci di guida: l'adenopatia ascellare, tenendo però presente che anche nella mastite cronica, nel cancro suppurato i gangli possono pure essere ingrossati e numerosi. In conclusione per la diagnosi è utile tener presenti le seguenti affezioni: la mastite cronica interstiziale semplice, la mastite lattea suppurata, il carcinoma, gli adenomi cistici, i granulomi infettivi (sifilide, actinomicosi).

Per altro un giudizio diagnostico abbastanza attendibile si può fondare sulla molteplicità dei nodi, sulla rapidità dell'aumento, sulla sede d'insorgenza del processo nel quadrante supero-esterno dell'organo, sulla sproporzione fra il tumore e l'adenopatia, essendo questa generalmente più voluminosa e di uno sviluppo più rapido che nel cancro e più precocemente soggetta al rammollimento ed alla suppurazione: ma sovente la certezza diagnostica non si può raggiungere che con la constatazione diretta dei bacilli, nei secreti o nelle granulazioni, il che non sempre è facile o con la prova biologica.

Il bacillo di Koch giunge alla ghiandola per tre diverse vie: per i linfatici nel qual caso la tubercolosi comincia ai gangli ascellari e la mammella viene colpita secondariamente; per i vasi sanguigni il che avviene di norma; per via ascendente lungo i condotti galattofori.

Nella forma primitiva la via ematica è quella che più facilmente può ritenersi il veicolo dei germi tubercolari. Alcuni (Salomoni) trovarono affette per prima le ghiandole linfatiche ascellari, in modo da far credere che l'infezione sia pervenuta da esse, per via di linfoangioite ricorrente svelata da un cordone sotto il margine del gran pettorale. Non si conoscono casi di inoculazione diretta dei bacilli in ferite, ma Orthmann, Verchére, Kramer affermano propabile la loro penetrazione in ragadi per mezzo di poppanti malati. Vermeuil e Verchére pensano pure possibili la penetrazione proprio nei dotti galattofori e la propagazione in profondo per la via lattea.

Perchè poi i bacilli circolanti nella massa sanguigna si arrestino proprio nella ghiandola mammaria, la quale è un organo, secondo le esperienze di Spediacci, poco adatto allo sviluppo dei processi di cui è causa il bacillo di Koch e non negli altri organi, è un fatto ben difficile a stabilirsi. Forse un trauma pregresso, cui la donna non abbia fatto attenzione, ha stabilito colà un « locus minoris resistentiae » (Chiavarelli).

La cura della tubercolosi mammaria, prescindendo da quella generale, sta nell'intervento chirurgico, il quale se precoce ed ampio dà buone propabilità di guarigione; statistiche attendibili, riferiscono che su 16 operate, 13 dopo tre anni erano ancora vive e sane e tre soltanto erano morte per tubercolosi polmonare (Broendle). L'incisione semplice è insufficiente e non può in linea di massima essere adottata; associata al raschiamento od alla cauterizzazione energica dei focolai è già preferibile, ma non è ancora il metodo di elezione, perchè implica generalmente una guarigione per seconda ed una cura prolungata che può essere causa d'inconvenienti.

Quando si tratta di una forma confluente e la tumefazione è circoscritta è opportuno limitarsi ad una semplice amputazione cuneiforme; l'enucleazione infatti sarebbe presso a poco impossibile, date le connessioni della tumefazione col parenchima vicino ed esporrebbe a lasciare dei

piccoli focolai tubercolari. Se la tubercolosi è disseminata oppure quando la tumefazione abbraccia quasi tutta la mammella, la quale si presenta aderente con i piani profondi e molteplicemente ulcerata alla superficie per la presenza di seni fistolosi, e allorquando esistono linfoadeniti del cavo ascellare corrispondente è d'uopo praticare l'amputazione totale con uno dei soliti metodi, con contemporaneo svuotamento del cavo ascellare.

Ringrazio il prof. Delfino alla cui cortesia debbo questo lavoro.

LETTERATURA.

ARGELIER. Thèse de Lyon, 1898.
BOBBIO. *Compendio di patologia e terapia chirurgica.* Vol. II, p. I.
CARLE. Gazette hebdomadaire etc., 1891.
CECCHERELLI. *Rendiconti clinici.*
CHIAVARELLI. Rivista Veneta di scienze mediche, fasc. X, 1907.
CUNEO. Thèse de Paris, 1899.
DEVECCHI. Clin. chirurg., 1907-8.
DUPLAY-RECLUS. *Trattato di chirurgia.*
DURAND. Prov. méd., 1896.
FORGUE. *Patalogia Chirurgica.*
FRAENKEL. Soc. méd. de Lyon, 1896.
HEJLELDER. Deutsche Klinik, 57.
PISANI. Policl., 1896.
SALOMONI. Clin. chirurg., marzo 1901, n. 3.
SCHIFONE. *Tubercolosi primitiva mammaria.* Incurabili, Napoli, 1901, n. 5-6.
SHALLOW. Thomas Ann. of Surg., 1925.
VELPEAU. Mal. du sein. Paris, 55.
VERCHERE. Thèse de Paris, 1884.
VILLARD. Montp. méd., 1894.

Voluminosa cisti di echinococco della mammella. Estirpazione. Guarigione

pel dott. ENRICO BUSSALAY, chirurgo prim., Nuoro.

L'embrione esacanto si localizza molto raramente nella ghiandola mammaria, tanto che molti trattati di patologia chirurgica non ne fanno neanche cenno.

Frey su 780 casi lo trovò nella proporzione del 2 %; P. Delbet ne raccolse 24 casi; Binard e Braqueheve 31, compresi anche quelli extra ghiandolari della regione mammaria. In Italia questa sede è stata illustrata da Franceschi, Lenzi, Longo, Bendini, Scarrone.

L'echinococco fu osservato nel sesso femminile più frequentemente nel periodo dell'allattamento e della gravidanza.

In Sardegna è stato descritto un caso dal Putzu nel 1925 (1) in una rassegna statistica comportante 474 osservazioni di cisti di echinococco dei diversi organi, riguardanti l'isola, dal periodo 1895 al 1925. In questo trentennio il Putzu ricava, perciò, (per l'isola) una percentuale di 0,25 localizzazioni mammarie. E non essendo stata fatta alcuna altra pubblicazione, sull'argomento, dopo questa, il caso da me osservato sarebbe, per la Sardegna il 2°.

Ed ecco la storia relativa.

S. Elena, maritata, di anni 59 da Nuoro. Otto figli di cui tre viventi: 2 maschi rispettivamente di 21 e 27 anni ed una femmina di anni 22. Degli altri figli uno scomparve ad 1 mese 1/2 per asfissia, uno per meningite a 9 mesi; 2 gemelli decedettero per atrepsia, un altro maschio, infine, di 4 anni per causa ignota. Menopausa a 40 anni Mai malattie in passato.

L'attuale affezione è apparsa circa 28 anni fa e per giudizio della paziente, in seguito a spavento procurato a costei dal marito il quale emigrò, clandestinamente, in America senza dar più notizie di sè.

La paziente avvertì sul principio, nella mammella sinistra, una tumefazione della grandezza di una nocciuola la quale andò via via aumentando di volume fino a raggiungere l'attuale che è quello di una noce di cocco. Detta tumefazione non dette disturbi, durante la sua evoluzione, alla paziente, neanche nei periodi di allattamento il quale ad ogni parto veniva effettuato dalle due mammelle, quasi colla stessa intensità. Mai i figli hanno presentato manifestazioni analoghe a quella descritta nella madre, mai la paziente fu distolta per causa di detta tumefazione dalle occupazioni abituali, sia a casa che in campagna, nè è dimagrata, nè ha perduto di peso.

Solo in quest'ultimo tempo avvertiva, alla mammella sinistra, un senso di tensione dolorosa, talora una sensazione di lacerazione durante gli sforzi richiesti dal disbrigo delle svariate faccende domestiche.

All'esame obbiettivo si riscontra: T. 36.5, P. 76, R. 18. Discrete condizioni generali. Stato di nutrizione buono. Muscolatura valida. Sviluppo scheletrico regolare. La mammella destra è afflosciata, quella di sinistra è turgida, rivestita da pelle che per un'area grande come 10 cm. si presenta assottigliata, raggrinzata. Detta area è compresa nel quadrante supero-interno. Nel resto i tegumenti sono normali. Al disotto di questi si palpa una tumefazione teso-elastica della grandezza di una noce di cocco. Mettendo in tensione il gran pettorale sinistro, con manovra adatta, si può constatare che la tumefazione racchiusa nella mammella ha contratto aderenze coll'aponevrosi pettorale; ed ogni tentativo di spostamento provoca, inoltre, dolore. Dal capezzolo non fuoriesce alcuna secrezione. Nessun ingorgo ghiandolare, salvo sotto il margine inferiore del gran dorsale dove si palpa una nodosità grande come una nocciuola poco spostabile, indolente. Agli organi interni niente di notevole. Toni cardiaci validi. Itto al 5° spazio intercostale sinistro sulla mammillare. Fegato nei limiti. Milza id. Funzioni gastro-intestinali normali. Esame delle orine negativo. All'esame del sangue eosinofilia non molto accentuata (20 %). Colla puntura esplorativa si estraggono alcuni centimetri cubici di liquido limpido (cristallo di rocca nel quale coll'esame microscopico si mettono in evidenza frammenti di membrana anista ma non altri ele-

(1) Arch. Italiano di Chirurgia, vol. XII, in onore di CARLE.

menti caratteristici. Si soprassiede dalle indagini biologiche (deviazione del complemento) per la lontananza da centri forniti di laboratorio attrezzato per tali ricerche.

Per quanto riguarda la diagnosi, se prima della puntura e dell'accertamento diagnostico si potevano eliminare le forme infiammatorie acute: paramastiti (flemmone superficiale e flemmone retromammario); mastiti; e discutere le forme croniche (malattia cistica del Reclus e mastite nodosa del Tillaux ed ancora, i tumori benigni: adenomi, adenofibromi, mentre si potevano escludere i maligni: carcinomi, sarcomi e poteva entrare in discussione la tubercolosi mammaria senza molto fondamento; dopo la puntura le difficoltà diagnostiche erano appianate. In base alla diagnosi di cisti di echinococco della mammella fondata sui sintomi capitali: bozza teso-elastica dotata di alta tensione, estrazione di liquido limpido, (cristallo di rocca) non frammenti di membrana anista il 13 luglio 1927 si procedette, col consenso della paziente, all'operazione.

L'operazione si eseguì al domicilio della paziente, in una modesta cameretta convertita, per l'occasione, in sala di operazione. Si praticò la disinf. jodica, l'anestesia locale stovainica al 0,75 %, per infiltrazione, alla Schleix. Fu eseguita un'ampia escissione, in modo da comprendere tutta la tumefazione e gran parte della ghiandola mammaria circostante. Si dovette escidere anche l'aponevrosi del gran pettorale per impedire la rottura della capsula della cisti e della mebrana pericistica. Si estirpò dal margine anteriore del gran pettorale una piccola ghiandola linfatica, quindi si suturò a punti staccati. Venne lasciato, temporaneamente, uno zaffo all'estremità superiore della ferita.

L'esame del pezzo asportato permise di osservare che si trattava di un grosso frammento di mammella ricoperta da tegumenti sani, nella quasi totalità, e per una piccola estensione da tegumenti assottigliati e raggrinzati (come più sopra fu detto) tegumenti che facevano corpo colla parete di una sacca cistica contenuta nell'interno della ghiandola. Sezionando la mammella fino ad interessare la capsula della cisti si avvertiva uno stridore come di massa calcarea che urtava contro il tagliente. Il tessuto ghiandolare assottigliato era respinto all'esterno per lo sviluppo della cisti. Coll'incisione della capsula di questa si mettevano in libertà numerose vescicole di echinococco della grandezza di un uovo di piccione contenenti un liquido limpido trasparente.

All'esame microscopico si rinvenivano uncini caratteristici e scolici di echinococco. Si potè accertare, dopo fissazione di un frammento di mammella con liquido di Zenker, dopo sezione e colorazione con emateina-eosina che l'elemento mobile della mammella, l'acino, era diradato ed aveva le pareti assottigliate e gruppi di acini si trovavano dispersi in mezzo a tralci piuttosto robusti di tessuto connettivo.

La parete della sacca cistica appariva costituita da tessuto omogeno infiltrato da sali calcarei.

Il decorso post-operatorio fu ottimo.

Apiressia assoluta. Subbiettivamente nessun disturbo. In 3ª giornata rimozione dello zaffo. Cicatrizzazione per 1ª intenzione all'8ª giornata.

Agosto 1927.

ISTITUTO DERMOSIFILOPATICO
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO.
Direttore: Prof. LUIGI PHILIPPSON.

Sulla röntgenterapia degli eczemi postscabbiosi della mammella muliebre

per il dott. LEOPOLDO BERETVAS, assistente radiologo.

Negli ultimi anni ho avuto occasione di osservare tredici casi di eczemi postscabbiosi della mammella in donne nubili, nelle quali la scabbia rimontava magari a 4 anni addietro e nelle quali era fallita ogni cura locale medicamentosa, mentre pronta e definitiva era la guarigione apportata dalla cura röntgenologica.

In tutte l'eczema era insorto dopo che avevano sofferto di scabbia e dopo che colla cura antiscabbiosa questa malattia era guarita. Intanto — siccome continuava a persistere il prurito alla mammella, erano stati fatti ripetuti tentativi di curarlo come scabbia — lo stato morboso invece di migliorare vieppiù andava peggiorando. Anche i più svariati trattamenti antieczematosi usati in seguito non valsero che a migliorie più o meno transitorie. E infine si era stabilito uno stato infiammatorio cronico, restio a qualsiasi terapia medicamentosa topica. In queste condizioni io mi decisi di ricorrere senz'altro alla röntgenterapia.

Faccio qui seguire le storie premettendo per non cadere in ripetizioni, che il quadro morboso si presentava in tutti i casi quasi uguale, differendo solo nella grandezza della area affetta attorno al capezzolo. Si trattava in tutti i casi di escoriazioni e di screpolature del capezzolo e dell'areola colla consecutiva fuoruscita di essudato sieroso e formazione di croste, mentre la regione mammellare più periferica presentava colorito rossastro, squame, pigmentazioni, crosticine sanguigne, quadrettatura accentuata dell'epidermide. In tutti i casi il prurito era fortissimo.

CASO I. — Persona di servizio di anni 26. Un anno fa scabbia. Dal 13 marzo al 23 giugno 1922 sette applicazioni di raggi Röntgen. Guarigione.

CASO II. — Casalinga di anni 20. Quattro anni fa scabbia. Dall'11 maggio al 22 giugno 1922 cinque applicazioni di raggi Röntgen. Guarigione.

CASO III. — Casalinga di anni 29. Cinque mesi fa scabbia. Dal 23 giugno al 21 luglio 1922 quattro applicazioni di raggi Röntgen. Guarigione. L'inferma diventando poco dopo gravida ha potuto poi senza disturbi allattare il suo bambino. Ebbe durante tutto l'allattamento latte in abbondanza.

CASO IV. — Casalinga di 21 anni. 2 anni fa scabbia. Questa inferma con lunghe interruzioni stava nella nostra cura dal 26 luglio 1922 al 17 no-

vembre 1924. La sua guarigione ritardava tanto per il fatto che l'inferma era rimasta regolarmente via non appena ha avuto un po' di sollievo nel prurito quanto per il fatto che nel frattempo contrasse una 2ª infezione scabbiosa per cui dovette sottomettersi ad una nuova cura antiscabbiosa con notevole peggioramento dell'eczema preesistente. Alla fine guarì.

CASO V. — Casalinga di anni 24. Quattro anni fa scabbia. Dal 30 agosto al 19 ottobre cinque applicazioni di raggi Röntgen. Guarigione.

CASO VI. — Casalinga di 18 anni. Tre anni fa scabbia. Dal 17 ottobre 1922 al 5 dicembre cinque applicazioni di raggi Röntgen. Guarigione.

CASO VII. — Casalinga di anni 14. Due anni fa scabbia. Dal 26 luglio al 24 agosto 1923 cinque applicazioni di raggi Röntgen. Guarigione.

CASO VIII. — Casalinga di 18 anni. Scabbia 1 anno fa. Dal 21 settembre al 19 ottobre 1923 quattro applicazioni. Guarigione.

CASO IX. — Casalinga di 22 anni. Sorella della precedente. I dati come sopra.

CASO X. — Casalinga di anni 21. Un anno fa scabbia. Dal 2 aprile 1925 al 30 aprile cinque applicazioni. Guarigione.

CASO XI. — Casalinga di anni 20. Sei mesi fa scabbia. Dal 19 giugno 1925 al 14 luglio cinque irradiazioni. Guarigione.

CASO XII. — Casalinga di anni 27. 3 anni fa scabbia. Dal 29 maggio 1926 al 3 luglio cinque irradiazioni. Guarigione.

CASO XIII. — Impiegata di anni 18. Quattro anni fa scabbia. Dall'11 aprile al 23 maggio 1927 cinque irradiazioni. Guarigione.

La tecnica delle irradiazioni seguita in tutti i casi era questa. Apparecchio Heliopan della casa Veifa. Tubo Coolidge A. E. G. *Scintilla* equiv. 15 cm. 2 *miliamp. filtro*: Al 1 mm. *Dist. foc*: 16 cm. Dose somministrata in una volta 1 1/2 - 2 H misurata col radiometro di Holzknecht. Dove l'estensione del processo lo richiedeva, ho aumentato la distanza focale a 23 cm. oppure ho irradiato la mammella da due lati.

Si tratta quindi della somministrazione di raggi molli di scarsa capacità di penetrazione in profondità che non rappresentano pericolo alcuno per il buon funzionamento della glandola mammaria. Difatti in uno dei casi l'inferma potè in seguito magnificamente disimpegnare il suo ufficio di nutrice.

Dopo questo mi sia permesso di insistere su particolari che secondo me meritano di esser messi in rilievo.

Era nota l'esistenza dell'eczema alla mammella postscabbiosa. Difatti vengono menzionati in quasi tutti i trattati di dermatologia.

La proprietà più importante però di questi eczemi notata già dal Kaposi (« Dans tout le cas le médecin se rappellera que cette localisation de l'eczéma est extraordinairement ténace et rebelle ») è la loro eminente cronicità e resistenza alle cure medicamentose. Per anni ed anni persiste il processo eczematoso localizzato, sede di prurito continuo e quindi causa di disperazione.

Evidentemente il prurito prodotto in un primo tempo dalla scabbia poi dalle pomate irritanti ha creato attraverso il grattamento un circolo vizioso che non poteva esser rotto colle applicazioni medicamentose.

Ciò invece riesce coi raggi, i quali già fino dalla prima applicazione fanno diminuire e magari scomparire del tutto il prurito. Questo effetto così pronto io lo attribuisco a fattori inerenti all'azione dei raggi. Uno è, che, mentre i medicamenti; impacchi o pomate che siano, non agiscono, che sulla superficie del proc. morboso, i raggi colla loro azione abbracciano simultaneamente ed uniformemente il processo morboso in tutta la sua profondità. Un altro fattore è la possibilità di un dosaggio preciso di dosi anche refrattissime, fattore importantissimo quando si è di fronte ad un processo infiammatorio tanto irritabile, mentre nessuna cura medicamentosa locale offre questa possibilità.

E un'altra considerazione infine s'impone. La cura röntgenologica dell'eczema ha diversi pregi di fronte alla cura medicamentosa in tutte le forme di eczemi. Condivide invece con essa spesso il difetto delle recidive. Tanto più rimarchevole è quindi la guarigione, in tutti i casi definitiva, ottenuta coi raggi Röntgen nell'eczema che fa oggetto di questo nostro studio. Noi ci permettiamo di fare una deduzione da questo fatto. Che cioè il processo eczematoso in questione con tutta la sua cronicità non è altro che un processo locale. Difatti non è da pensarci nemmeno che la dose di 2 H di raggi prodotti colla S. E. di 15 cm. e filtrati con 1 mm. di Al possano avere altri effetti che locali. Questo effetto locale dei raggi è sufficiente per rompere il circolo vizioso stabilitosi al focolaio malato. Difatti il primo effetto dei raggi e che si può metter in evidenza lo stesso giorno dopo la irradiazione, è la diminuzione del prurito colla conseguenza, che le inferme cessano di grattarsi e così la via si apre alla guarigione.

Se invece i raggi con tutto il loro effetto antipruriginoso ed antiflogistico non riescono a guarire definitivamente tutte le forme di eczemi bisogna dire, che — e non credo di dire cose nuove — per lo più ci entrano fattori interni nella

patogenesi dell'eczema, a prescindere naturalmente da quei casi, in cui il fattore eziologico esterno (professionale) continua a mantenere il processo morboso.

CONCLUSIONE.

La scabbia in donne può aver per conseguenza un eczema di carattere molto cronico alle mammelle che può persistere per anni anche dopo aver rimossa la scabbia. Siccome questa forma di eczema è resistene, alle cure locali medicamentose, guarisce invece prontamente e definitivamente sotto l'azione dei raggi Röntgen, in casi simili noi dobbiamo senz'altro e subito ricorrere all'uso dei raggi Röntgen senza perdere prima tempo con tentativi di cure medicamentose.

SUNTI E RASSEGNE.

DIAGNOSTICA.

La diagnosi precoce della pertosse.

(P. FORNACA. *La pediatria del medico pratico*, a. II, n. 5, maggio 1927).

Accanto ai casi tipici della pertosse nei quali l'inizio è rappresentato da un periodo cosidetto catarrale e in cui la diagnosi può logicamente oscillare tra il corizza abituale, l'influenza semplice e la bronchite acuta, vi sono dei casi atipici con particolare varietà dell'inizio della pertosse. Così l'A. ha potuto osservare qualche caso in cui l'inizio si manifestò con tonsillite follicolare. Altre volte, assai più di frequente, l'inizio va insieme con manifestazioni polmonari soggettive ed oggettive che fan pensare ad una broncopolmonite comune. Un'altra serie di casi si presentava con disturbi che facevano pensare che la tosse fosse dovuta ad una adenopatia tracheobronchiale di natura tubercolare. Prima di terminare questa parte puramente clinica, bisogna rammentare che la diagnosi precoce della pertosse nei primi mesi di vita è assai difficile: l'inizio presentandosi con accessi di asfissia che solamente dopo si trasformano in una pertosse tipica. L'A. crede che la forma asfittica della pertosse nel neonato si spieghi con un certo grado di intossicazione dei centri bulbari, data la scomparsa dell'asfissia nel caso osservato all'inizio dell'infezione e il suo associarsi a disturbi della regolazione cardiaca.

I criteri su cui possiamo fondarci per una diagnosi precoce della pertosse possono distinguersi in criteri clinici ed in dati derivanti da esami speciali di laboratorio o biologici sul malato.

Tra i criteri clinici i due più importanti sono l'interpretazione dell'anamnesi e l'analisi dei caratteri della tosse. A favore della diagnosi di pertosse parla il fatto che la tosse è più frequente di notte che di giorno e che di notte può assumere un aspetto spasmodico, mentre di giorno decorre con un volgare carattere catarrale.

L'esame dell'aspetto del malato può essere assai utile, poichè la *facies* del paziente assume spesso già assai precocemente delle turgescenze, dei gonfiori della regione orbitaria e una congestione della cute e delle mucose congiuntivali.

Restano quindi da prendere in considerazione gli esami speciali e le analisi del laboratorio.

L'esame delle orine dà un reperto troppo poco specifico; il reperto dell'esame morfologico del sangue è di gran valore. È noto da molti anni che nella pertosse si ha una linfoleucocitosi e questo è un segno molto precoce, esistente già nel periodo catarrale.

Le conclusioni delle osservazioni dell'A. però dimostrano lo scarso valore diagnostico di questo dato essendo possibile trovare in casi di tosse pertussoide per adenoidite acuta o per influenza una leucocitosi assai superiore alla norma con formule leucocitarie di minore linfocitosi, ma non tale da permettere su di ciò solo la diagnosi differenziale.

Un criterio diagnostico a cui in questi ultimi tempi è stata data una grande importanza è l'esame batteriologico dell'espettorato.

Secondo le ricerche degli autori danesi è possibile ottenere una cultura positiva anche in periodo prodromico. Purtroppo questa ricerca però è preclusa al medico pratico.

Finalmente abbiamo come criterio per la diagnosi di pertosse lo studio della reazione locale ad iniezioni intradermiche di sospensioni o di autolizzati di bacilli di Bordet-Gengou e questo è un elemento di giudizio diagnostico semplice ed alla portata di tutti.

L'A. ha eseguito l'intradermoreazione diagnostica in 56 casi di pertosse iniziale ed in 32 casi di tosse non pertossica. Nei casi di pertosse ottenne in tutti reazione positiva. Occorre però notare che la reazione è spesso assai moderata e che essa, d'abitudine negativa all'infuori della pertosse, è spesso positiva nei bambini a reazioni tubercoliniche fortemente positive come pure negli scrofolosi. Nonostante, però, l'intradermoreazione di vaccino pertossico rimane uno dei migliori criteri per la diagnosi precoce della pertosse.

L. MOOR.

ORGANI DIGERENTI.

Appendicite in tubercolotici e tubercolosi dell'appendice.

(A. PERERA. *La Medicina Ibera*, 13 agosto 1927).

Nello studio dei rapporti tra appendicite e tubercolosi si debbono prendere in considerazione tre gruppi di ammalati: anzitutto quelli affetti da tubercolosi dell'appendice, primitiva o secondaria; poi quelli che essendo tubercolotici sono affetti da appendicite originariamente non tubercolare; il terzo gruppo comprende quei malati con appendicite cronica che simula la tbc. polmonare.

L'infezione specifica dell'appendice avviene più probabilmente per via linfatica, meno frequenti sarebbero la via sanguigna e peritoneale. Le lesioni possono essere primitive o secondarie ad altra lesione tubercolare. La lesione tipica è la granulazione che appare primitivamente attorno ai vasi del derma mucoso e nei follicoli linfatici, progredendo dalla mucosa alla sierosa. Questa forma originaria può evolvere e condurre o alla ulcerazione, o all'ascesso, o alla calcificazione o fibrificazione. Dal punto di vista anatomo-patologico si distinguono le seguenti forme di tubercolosi dell'appendice: localizzata, enteroperitoneale, pseudoneoplastica, ascessuale, ipertrofica, atrofica, cistica.

A prima vista sembrerebbe quasi impossibile diagnosticare clinicamente una appendicite tubercolare; tuttavia vi si giunge in un certo numero di casi tenendo conto degli antecedenti accuratamente vagliati e del decorso anomalo della malattia.

A seconda della evoluzione clinica, tre sono le forme della appendicite tubercolare: acuta, subacuta e cronica. Nella appendicite acuta tbc. si può giungere alla diagnosi di natura o per il decorso ulteriore o con le ricerche di laboratorio (istologiche, batteriologiche, inoculazione in cavie, ecc.). La diarrea è stata considerata come complicazione quasi specifica o patognomonica. Molto più importante è la tendenza alla recidiva immediata o le remissioni incomplete con cattive condizioni generali, facies terrea, febbre irregolare, diarrea. Una caratteristica sinora non segnalata è l'aspetto allarmante di falsa occlusione che quasi sempre si presenta nei casi di qualche gravità con peritonismo accentuatissimo; il polso però, sebbene debole, non è frequente, mentre si trova energica contrattura muscolare.

Più difficile è la diagnosi della appendicite cronica tubercolare, quando mancano manifestazioni tipiche locali. Si terrà conto dei dati anamnestici, della cachessia del malato che appare precocemente, dei sintomi locali: quasi sempre si nota un grande piastrone che quasi mai accenna a remissione col riposo e col ghiaccio e nei casi gravi si riesce ad apprezzare la presenza di ascite.

L'appendicite subacuta che mal si differenzia dalla cronica è in realtà frequente e corrisponde clinicamente o a quella forma cronica al principio, cui sono seguìti attacchi acuti ma di modiche proporzioni con ritorno successivo alla forma cronica; o a quelle forme nelle quali da un primo attacco di media intensità si passa allo stato cronico.

Vari autori hanno cercato di creare un appendicismo nei tubercolotici: si sono riscontrati infatti veri accessi di appendicite mentre l'esame del pezzo asportato non rivelava lesioni alcune. Sabourni è della opinione che si tratti di una appendicite cronica larvata.

Quanto alla appendicite simulante la tubercolosi polmonare si tratterebbe di appendiciti infiammatorie croniche nel corso delle quali si producono manifestazioni toraciche mentre le condizioni generali sono scadute. Vi sono però dei casi in cui la denutrizione, la dispepsia e la decalcificazione preparano il terreno alla tubercolizzazione del malato.

Le indicazioni terapeutiche di queste forme di appendicite sono le stesse di quelle dovute a processi infiammatori semplici.

Di fronte ad appendicite leggera e a quella simulante la tubercolosi polmonare si può sperare nella guarigione con trattamento medico. Tutte le volte che si sospetti la esistenza di una tubercolosi della appendice sarà necessario intervenire: l'operazione potrà essere particolarmente difficile per l'esistenza di lesioni periappendicolari che richiedono grande delicatezza o di una bacillosi ileocecale che renderà necessaria l'esclusione o la resezione.

Accanto alle complicazioni: gli ascessi freddi saranno punti, svuotati e trattati con iniezioni modificatrici; si raffredderanno gli ascessi riscaldati per infezione associata; in caso di fistole piostercoracee o purulente, si estirperà l'appendice se solo questa è malata, se anche il cieco è colpito si praticherà la resezione o quel che è meglio, la enteroanastomosi con esclusione bilaterale.

VICENTINI.

Le coliti acide nella tubercolosi polmonare ed il loro trattamento.

(COURCOUX e GODEL. *Presse médicale*, 18 aprile 1927).

Gli AA. riconoscono l'esistenza di varie forme cliniche e cioè:

1) *Fruste.* — Dolore a sbarra, da un ipocondrio all'altro, talora tutto intorno all'ombelico;

senso di pesantezza alle due fosse iliache; il dolore a sbarra sarebbe in rapporto allo spasmo del colon trasverso. La colica si ha 5-7 ore dopo il pasto, nella prima metà della notte; la sua insorgenza può essere in rapporto con varie ragioni (stato di replezione gastrica, defecazione, ecc.). Possono coesistere altri dolori generalizzati, diarrea, reazioni peritoneali. La diagnosi, sospettata clinicamente, può essere confermata col dosamento degli acidi.

2) *Larvate*. — Vomito biliare o mucoso, nelle prime ore del mattino oppure, sindrome pilorica o spasmo duodenale, rilevabili alla radioscopia.

3) *Franche*. — Dolore colico, più accentuato nella fossa iliaca destra, dove si palpa una massa molle, mobile sul piano profondo, corrispondente al colon ascendente ed al cieco. Il dolore si può avere in altre sedi meno caratteristiche, può essere progressivo dal cieco al sigma od al colon terminale e quindi nella fossa iliaca sinistra; oppure più in basso ed allora si accompagna a tenesmo rettale o vescicale e la palpazione profonda della regione soprapubica risveglia dolore. Il dolore è di solito intermittente, rispetto ai pasti, tardivo, ma può anche essere continuo, in rapporto con l'irritazione della mucosa ed alla reazione periviscerale, con iperestesia cutanea e dolenzia all'estensione della coscia.

Si possono avere anche dolori a distanza, spesso in forma di dolori solari; dispepsie sensitivo-motrici, con senso di ripienezza, pulsazioni alla testa, torpore, vertigini ecc. Talora meteorismo, in rapporto con la fermentazione di carboidrati.

Esame delle feci. — Aspetto vario: molli, giallastre, di odore butirrico, o liquide o dure, segmentate. Si possono riscontrare residui alimentari, amido, microbi jodofili, parassiti uova. All'esame chimico, aumento degli acidi di fermentazione o dell'ammoniaca. L'esame della reazione con le cartine di tornasole non ha grande importanza.

Si possono avere diversi *aspetti evolutivi*: 1) la colite può precedere le manifestazioni del focolaio polmonare ed allora si osservano più frequentemente le forme larvate. In alcuni casi, gli AA. hanno veduto scomparire i disturbi intestinali in séguito ad una cura pneumotoracica. 2) La colite acida si manifesta contemporaneamente o consecutivamente all'inizio apparente della tubercolosi polmonare; in tal caso, indipendentemente da ogni aggravamento delle lesioni polmonari, compaiono accessi di colite più o meno marcati.

Nel *trattamento*, ha importanza la dieta: proibire salse, condimenti, carni grasse, conserve, fritture e dare dei carboidrati che sono facilmente attaccabili dai succhi digestivi: riso e pasta molto cotta, frutta cotta, puree di legumi, biscotti secchi.

Contro le fermentazioni: carbonato di calcio (un cucchiaino da caffè in acqua, 3/4 d'ora prima dei due pasti principali). Contro la costipazione, lassativi (g. 5 di magnesia prima di andare a letto per varî giorni consecutivi); se esistono fenomeni dolorosi o spasmodici, belladonna, da non somministrarsi però se i dolori insorgono durante la digestione, per non disturbare l'azione del vago.

Le sindromi secondarie, dissenteriformi della colite acida si giovano dei suppositori di belladonna o di cocaina, delle lavature con agar-agr.

Contro l'elemento colitico, le polveri assorbenti e protettrici, i carboni attivati, che hanno un potere assorbente assai elevato sui prodotti tossici, il bismuo, il caolino.

Nella sindrome di dispepsia sensitivo-motrice, si prescriverà: Fosfato di sodio g. 4; Solfato di sodio g. 2; Bicarbonato di sodio g. 8. Da sciogliere in un litro di acqua. Prenderne un bicchierino (tiepido) mezz'ora prima dei pasti principali.

fil.

SISTEMA NERVOSO.

Le encefalopatie post-vaccinali e la loro patogenesi.

(VOIZARD e BAIZE. *Gaz. des Hôpitaux*, 1927, n. 77)

Da quattro o cinque anni è stata segnalata in diversi paesi di Europa una nuova complicazione della vaccinazione antivaiolosa caratterizzata da disturbi encefalo mielitici spesso gravi dopo 10-12 giorni dall'inoculazione cutanea del vaccino jenneriano. Nel maggio 1927 se ne conoscevano di già 128 casi dall'esame dei quali non si può concludere per una distribuzione geografica particolare o stagionale, nè sembra che il maggior numero di casi corrisponda al massimo di vaccinazioni eseguite, nè rapporto sembra esservi con la qualità del vaccino in quanto lo stesso vaccino in talune regioni non ha dato luogo ad incidenti di sorta, incidenti verificatisi invece in altre.

In genere si tratta di fanciulli fra il primo e secondo anno: la comparsa degli accidenti non sembra essere in rapporto con l'intensità delle reazioni cutanee. È in genere costante il modo di comparsa dopo un certo tempo, allorchè la pustola vaccinale e la sua areola sono nel loro acme. Nel periodo di incubazione sono stati notati accessi febbrili effimeri, malessere.

L'inizio è imponente con cefalea costante, viva, con vomiti a tipo cerebrale, spesso con sonnolenza, talora con convulsioni. A distanza di qualche

ora compaiono sintomi meningo piramidali: convulsioni a tipo emi, o para o a carico dei muscoli degli occhi; sono state notate contratture degli arti, rigidità della nuca, rarissimamente paralisi. In un gran numero di casi era evidente il sintoma di Babinski, la miosi. Il liquor è chiaro od opalino, non iperteso, con debole iperalbuminosi, lieve pleocitosi a predominanza linfocitaria, sterile. Iperpiressie, tachicardie sono la regola. Una sindrome insomma si ha di infezione acuta. La mortalità è elevata, spesso al decimo giorno con coma completo. Nei casi venuti a guarigione sono state notate delle sequele quali arresti di sviluppo, irritabilità cerebrale facile, insonnia, ecc.

In alcune forme l'andamento ricorda perfettamente una meningite acuta, altre forme sono appena abbozzate, altre sono latenti.

Anatomo patologicamente si constatò una lieve iperemia del cervello e delle meningi, piccoli punti di rammollimento perivascolari disseminati in tutto il nevrasse specie nella sostanza bianca.

Senza dubbio tale tipo di encefalite è post vaccinale, ma non può senz'altro mettersi fra questi due fatti un rapporto di causa ed effetto: egli è perciò che per alcuni la vaccinazione è la causa efficiente, per altri la causa occasionale.

Si potrebbe pensare che l'encefalite post vaccinale è dovuta al virus del vaccino jenneriano: in favore di ciò sta il fatto che esiste un intervallo di tempo costante fra la vaccinazione e la comparsa degli accidenti nervosi che si scatenano quando il virus si generalizza, nel momento in cui la pustola è al suo acme, ed inoltre nel vaiolo, malattia simile alla vaccina, sono stati notati accidenti nervosi identici all'encefalopatia post vaccinale. Inoltre la comparsa degli accidenti nervosi post vaccinali è in relazione con una recrudescenza di attività dei vaccini oggi in uso: gli accidenti non sono stati mai segnalati fino al 1922 dalla quale epoca si segnalano reazioni vaccinali locali vive con grossi edemi, pseudoflemmoni, grosse pustole, ecc. La riproduzione di accidenti nervosi col virus vaccinale è stata ottenuta con l'inoculazione intracerebrale e corneale, non con la via cutanea da Levaditi, Nicolau, Lutsch: ma Blanc e Caminopetros, Condrea, Burnet e Conseil hanno ottenuto i medesimi accidenti nervosi con l'inoculazione cutanea. La eruzione vaccinale si può riprodurre con la inoculazione cutanea di sostanza nervosa di soggetti morti di encefalite post vaccinale.

Una seconda ipotesi ammette che l'encefalite post vaccinale è una encefalite letargica scatenata in un portatore di germi dalla vaccinazione: gli argomenti apportati sono passibili di serie obiezioni e non può ammettersi una similitudine fra encefalite post vaccinale ed encefalite di Economo. Una terza ipotesi ammette che l'encefalite post vaccinale è dovuta ad un virus sconosciuto inoculato con il vaccino o da questo risvegliato Tale ipotesi è ancora più ipotetica dell'altra.

I fatti cui dobbiamo per ora porre attenzione sono i seguenti: i vaccini attuali, molto attivi, diffusi nell'economia e particolarmente nel nevrasse verso il decimo giorno dopo l'inoculazione possono in certi casi, favoriti dalla debole resistenza locale o con l'ausilio di un fattore coadiuvante sconosciuto, determinare una encefalomielite, mentre in via normale la loro azione patogena è insensibile o nulla. Ad ogni modo tale complicazione è eccezionale e non costituisce una seria controindicazione alla pratica della vaccinazione. È opportuno per altro che nell'eseguire questo atto il medico sia discreto nelle scarificazioni e contentarsi di due od un solo innesto. Come dice Netter è meglio ricercare una immunità meno duratura che esporsi ad accidenti dolorosi ed allo screditamento del vaccino.

MONTELEONE.

I tumori del midollo.

(Diagnosi precoce e risultati della cura chirurgica).

(DELAGENIÈRE. *Journal de Chirurgie*, n. 5, 1927).

L'A. distingue anzitutto i tumori del midollo in due grandi gruppi e cioè: tumori perimidollari e tumori intramidollari. I primi sono tumori benigni, si trovano per lo più localizzati verso le radici alle volte sul midollo stesso, raramente sono impiantati sulla faccia interna della dura madre. I tumori intramidollari, molto più rari, si distinguono in 2 grandi gruppi: tumori diffusi e tumori circoscritti. La sintomatologia generale è quella della compressione radicolo-midollare. La diagnosi, relativamente facile nei casi tipici, disgraziatamente rari, per lo più presenta grande difficoltà e la diagnosi precoce non potrà farsi se non ricorrendo, sistematicamente, a tutti i mezzi moderni di indagine. La sintomatologia tipica della compressione radicolo-midollare è varia a seconda che si tratti del primo stadio o dello stadio più avanzato. Nel primo stato la paraplegia è spasmodica con alterazione più o meno accentuata dei movimenti volontari: i riflessi sono accentuati, il segno di Babynschi è monolaterale o bilaterale. I fenomeni dolorosi spesso esistono.

Nello stadio più avanzato la paraplegia si accentua e assume il tipo flaccido. Spesso i disturbi motori vanno fino alla paralisi completa. In tali casi l'esame radiografico trova la sua razionale applicazione. La puntura lombare, con l'esame chimico del liquido cefalo-rachidiano, fornisce

dei segni di certezza e cioè la classica iperalbuminosi o meglio la sua associazione con una citologia normale (dissociazione albumino-citologica (Sicard e Foix); alle volte si può avere la coagulazione massiva che fa noto lo stato accentuato di iperalbuminosi e la xantocromia del liquido, questi sintomi possono associarsi ed hanno un valore patognomonico. Negli Stati Uniti i neurologi utilizzano sistematicamente le punture lombari a varia altezza, ottenendo risultati differenti; al disopra e al disotto del bloccaggio si trovano differenze del liquido cefalo-rachidiano. Un sintomo che sembra avere molto più valore è la compressione della giugulare, la quale durante la puntura lombare aumenta nettamente la pressione del liquido cefalo rachidiano al disopra dell'ostacolo e non può modificarlo al disotto. Questo metodo presenta l'inconveniente delle ripetute punture in sedi spesso difficili e non permette di avere un concetto approssimativo della sede della compressione.

L'esame con il lipiodol preconizzato da Sicard, fornisce dati molto interessanti. La tecnica primitiva di Sicard è l'iniezione di 1 cmc. di lipiodol per via atlante occipitale. La puntura dovrà farsi in posizione supina con la testa non flessa. I risultati di questo esame sono spesso non esatti poichè può verificarsi un falso arresto del lipiodol, il che può aversi per insufficiente inclinazione o per disposizioni patologiche del rachide.

Ripetendo l'esame in caso dubbio si dovrà riscontrare l'identica immagine del lipiodol. L'immagine data dal lipiodol può essere varia. I risultati della cura chirurgica sono differenti a seconda del periodo in cui si interviene. La gravità dell'intervento è accentuata come pure la mortalità. I risultati operatori sono vari a seconda che si tratti di tumori intra-midollari o perimidollari, nei quali si hanno spesso buoni successi. La prognosi secondo Robineau varia a secondo della sede, e precisamente la gravità dell'intervento sarà tanto più grande a seconda che il neoplasma sia situato più in alto o che il tumore sia localizzato al davanti del midollo. Nella localizzazione laterale o posteriore si ha la stessa gravità.

Riassumendo, ricorda come i malati che presentano segni di compressione midollari con turbe dolorose senza causa certa sia indispensabile praticare la puntura lombare, che ci fa conoscere l'esistenza di una compressione. Con l'iniezione immediata di lipiodol si potrà conoscere il punto di localizzazione e alle volte anche la natura.

In presenza di una compressione midollare non dovuta al morbo di Pott, bisogna operare subito. Se si tratta di tumore il rischio operatorio globale è appena del 9 %, e del 4 % per i tumori perimidollari, qualunque sia la loro sede. La prognosi lontana dei tumori intra-midollari (gliomi maligni) è molto cattiva, essendo impossibile la asportazione; spesso però si hanno notevoli miglioramenti. Nei tumori peri-midollari circoscritti, che rappresentano il 74 % dei casi, si ha guarigione completa nella proporzione del 76 %.

T. LAURENTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

P. LAZARUS. *Handbuch der gesamten Strahlenheilkunde. Biologie, Pathologie und Therapie.* Ed. Bergmann. Due volumi. I volume (1ª puntata) pag. 166. Marchi 16,50.

È uscito in questi giorni il I volume dell'opera pubblicata sotto la direzione di Lazarus e a cui hanno contribuito per i vari capitoli i radiologi più noti. Il I volume tratta la parte fisica, chimica, biologica e patologica delle radiazioni e porta capitoli di Sommerfeld (atomo, elettrone, energia, ecc.), di Hahn, Meyer, Glocker, Behnen, Dessauer, Friedrich (fondamenti fisici della fototerapia, radioterapia, strumentario, radioattività, distribuzione della energia, ecc.). Lacassagne e Regaud hanno scritto i capitoli sulla istologia patologica e sulla anatomia patologica nelle modificazioni dei tessuti sotto la radioterapia, Hertwig sulla influenza dei raggi X sull'accrescimento mentre gli altri capitoli sulla biologia e patologia della radioterapia sono stati svolti da Milani e Meldolesi (azione biologica dei raggi secondari) Holthusen, Nemenow, Holzknecht, Jesioneck, Russ, ecc. (ematologia, immunità sierologica, azione sui batteri, sulla cellula, sull'apparato digerente, sugli organi endocrini, sulla pelle, ecc.).

A breve distanza verrà pubblicato il II volume sulla terapia in generale e in particolare clinica. Il libro pubblicato sotto gli auspicii e la direzione di Lazarus si presenta in una veste tipografica quanto mai nitida e per la complessità della materia svolta e per la molteplicità degli argomenti affrontati svolti partitamente da radiologi che si sono occupati in particolar modo dell'argomento, avrà indubbiamente largo successo, specie perchè era sentito il bisogno di un libro moderno e sintetico su tutte le questioni della radioterapia.

E. MILANI.

CARLO PEDRAZZI. *Curieterapia. Basi fisiche e biologiche. Applicazioni.* Cappelli editore, Bologna. Pag. 289, con figure. L. 35.

Dire che il libro esce dalla solita falsariga dei trattati del genere è certamente fare del libro il

migliore elogio: la materia è disposta in modo semplice e facile anche là dove i problemi biologici appaiono enormemente complessi. Il libro che è frutto di una permanenza negli istituti del radium francesi risente dell'influenza e delle idee dei maestri con cui l'A. è stato a contatto; ma la radiumterapia è nata in Francia e in Francia gli istituti e gli studi sul radium sono fiorenti: e d'altra parte tutta la materia e la casistica esposta ha sapore tutto personale ed è frutto di osservazioni sul posto e non frutto di recensioni di seconda mano.

Tracciata brevemente la parte fisica, un capitolo più vasto è dedicato alla radiumbiologia: la tecnica delle applicazioni di radium, i mezzi di misura, la descrizione degli apparecchi radiferi rappresentano altrettanti capitoli. Le applicazioni pratiche nelle varie affezioni sono state svolte ampiamente ed è la parte più utile per il medico il quale non solo trova la tecnica dettagliata delle applicazioni ma può farsi un concetto dei vantaggi che il paziente può sperare dal radium senza soverchie illusioni.

Una breve appendice riguarda l'organizzazione degli istituti dl radium in Francia e l'organizzazione della lotta contro il cancro.

Il libro del Pedrazzi viene a buon punto ed è raccomandabile senza eccezioni sia al medico specialista sia al medico pratico che in piccola mole può trovare cognizioni preziose.

E. MILANI.

W. VIGNAL. *Radiothérapie.* Un volume in-16°, di 420 pagine, con 67 figure. G. Doin ed., Parigi. Fr. 25.

Questo libro di formato tascabile non ha la pretensione — a confessione dello stesso autore — di insegnare la radioterapia: esso non vuole che essere un buon libro di cultura nel quale si possa agevolmente e senza formule comprendere come i raggi agiscano e quali risultati possano essere ottenuti dalla radioterapia. Pertanto è un libro dedicato al medico che vuole avere una buona cultura anche in questo campo mentre il medico giovane — a dire dello stesso autore — non può pretendere in base a questo libro divenire uno specialista, perchè essere un buon radioterapista significa avere una cultura medica solida ed essere anzitutto un buon clinico. Questi avvertimenti che l'A. mette in fronte al suo libro, sono in realtà necessari specie per i giovani che oggi vogliono diventare specialisti troppo presto e con poca fatica: bene ha fatto dunque l'A. di premettere queste considerazioni trattandosi di un libro di volgarizzazione.

Nella prima parte senza formule sono esposte le proprietà fisiche delle varie radiazioni, il modo di dosaggio, i principali apparecchi (compresi quelli di fototerapia) in uso in medicina, produttori di raggi e il loro meccanismo di azione. Nella seconda parte divisa per malattie, si descrive la tecnica per ogni singolo caso e si prospetta il risultato che può ottenersi coi mezzi di cura fisici.

E. MILANI.

ETIENNE PIOT. *Indications cliniques de l'Electroradiothérapie.* Ed. Doin, pag. 340, 96 fig. nel testo. Fr. 46.

In una mole relativamente piccola il libro vuole essere una guida completa per il medico pratico specialmente. Infatti la parte tecnica è stata ristretta al puro necessario e dopo brevi considerazioni fisiche e dopo una breve rassegna delle varie applicazioni sia delle correnti elettriche, sia della energia radiante (due capitoli 53 pagine), tutti i successivi capitoli sono dedicati alle indicazioni cliniche nelle varie malattie.

La trattazione è svelta e per ogni singola malattia, dopo brevi cognizioni di tecnica, sono messi specialmente in evidenza i risultati che si possono ottenere dalle forme tubercolari, al cancro, alle dermatosi, alle malattie del sistema nervoso, alle malattie delle ghiandole endocrine, a quelle dell'apparato respiratorio, digerente, ecc.

Un repertorio alfabetico delle varie malattie e dei vari trattamenti nei singoli casi viene a chiudere il libro, il quale per essere anche abbondantemente illustrato potrà essere agevolmente consultato anche dal medico non specialista al quale tuttavia potrà riuscire di utilità non trascurabile.

E. MILANI.

H. GUTHMANN. *Physikalische grundlagen der Lichttherapie.* Urban e Schwarzenberg ed., pag. 216, 178 figure (Sonderbände zur Strahlentherapie). Marchi 12.

Il libro è strettamente dedicato allo specialista: numerosi schemi e diagrammi rendono più leggera la trattazione in cui la parte fisica è largamente rappresentata. Un primo capitolo è dedicato ai metodi di misura, un secondo capitolo alla descrizione dei vari tipi di lampade esistenti in commercio e dei tipi più usati; i capitoli successivi sono essenzialmente fisici e svolgono largamente una parte che tuttavia è indispensabile per lo specialista e che è in genere trascurata. La riflessione della luce sulla pelle, il modo di distribuzione della luce in superficie e in profondità, l'influenza della forma del cono luminoso, l'influenza della distanza della sorgente luminosa, l'influenza della grandezza del campo e della intensità della sorgente luminosa sono tutti argomenti importanti per la perfetta applicazione della energia luminosa in terapia.

L'ultimo capitolo è certamente uno dei più interessanti perchè svolge non solo la questione della penetrazione della luce in profondità, ma anche la questione dell'assorbimento spettrale a seconda le varie sorgenti luminose.

E. MILANI.

HARET G., DARIAUX A. e QUENU J. *Atlas de Radiographie du système osseux normal.* Un vol. in-4°, di 132 pag. con 123 fig. e 123 schemi. Masson e C., Paris. Fr. 160.

Quest'opera è una novità nella letteratura medica francese per i suoi fini e per la sua forma: è un atlante di radiografia ossea normale, realizzato in collaborazione da un chirurgo e da due radiologi e destinato a servire di strumento di lavoro a tutti coloro che debbono interpretare una radiografia, dal principiante al clinico più esperto. Tutte le immagini più utili delle varie parti dello scheletro vi si trovano riprodotte di lato, di faccia, di profilo e sotto gli angoli, dove si può praticamente esaminare un organo.

Le prime 65 immagini riguardano l'adulto, le altre 60 il bambino prese dal periodo fetale (in situ) fino all'età di 16 anni.

A lato di ogni radiografia trovasi uno schema stabilito in base ad un criterio nuovo: questo schema, in effetto, è stato disegnato su una seconda radiografia identica alla prima e riprodotta alla medesima grandezza.

I dati anatomici sono riportati su questa seconda immagine in modo che il lettore può abbracciare con un solo colpo d'occhio la radiografia, lo schema analitico ed il commento anatomico, senza bisogno di sfogliare il libro o riportarsi dall'immagine alla leggenda.

Così disposta l'opera costituisce una vera osteologia radiografica, utilissima alla pratica medica che fino ad ora ne era completamente priva.

A. POZZI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

VI Congresso della Società Italiana di Urologia.

(Parma, 21-22 ottobre 1927).

Il Presidente della Società prof. ROBERTO ALESSANDRI, dopo aver ringraziato le Autorità governative, il presidente del Comitato Ordinatore, prof. R. Ferrari, ordinario di Clinica chirurgica di Parma, e dopo aver porto il benvenuto ai numerosi Colleghi intervenuti da ogni parte di Italia, dichiara aperto il Congresso.

Egli si dichiara orgoglioso di presiedere la Società, la quale come dimostrano le cifre, è in aumento e florida. Invita tutti i presenti ad un istante di raccoglimento per commemorare i due Soci defunti durante l'anno, l'uno, onorario straniero prof. T. Rovsing; italiano, fondatore, l'altro prof. Pirondini, già suo allievo. Riferisce che le Società straniere hanno inviato, in cambio dei propri, gli atti dei loro Congressi. Vengono eletti alcuni nuovi Soci ordinari italiani, corrispondenti stranieri, onorari. Indi il presidente dà la parola al chiarissimo dott. G. Wiget (di Milano) per la sua relazione sulle «*Indicazioni tecniche, e limiti della cistografia*». L'O. ringrazia i Colleghi che vollero inviargli il loro contributo per la sua tesi, ed espone il risultato delle sue ricerche eseguite sull'abbondante materiale dell'Ospedale Maggiore di Milano. Per evitare errori ed ottenere il massimo rendimento da tali ricerche occorre tener presenti alcune condizioni, le quali sono, da sole, quelle che possono addirittura permettere o vietare la esecuzione della cistografia e della pneumocistografia, intendendo con la prima la messa in evidenza della vescica con un mezzo opaco ai raggi; con uno trasparente (gas) l'altra.

Per eseguire adunque la cistografia occorre che il calibro dell'uretra sia permeabile a strumenti di calibro piuttosto ragguardevole, che la vescica sia in condizioni da lasciarsi distendere a sufficienza, che non vi sia in atto neanche minima un'ematuria vescicale nè un residuo urinoso cronico. In tutti questi casi singoli o associati, bisogna rinunciare alla ricerca od occorre attendere fino a che siano stati superati o convenientemente curati.

Per mettere in evidenza la vescica esistono numerosi contrasti. Di tutti o almeno dei principali l'O. discute i pregi e ne rileva le deficienze e conclude col dare la preferenza al collargolo al 5 o al 10 % in sospensione acquosa. A tale concentrazione, esso non è tossico, non è irritante: anzi possiede un certo valore antiputrido e si presta bene per la cistoradiografia.

Le posizioni che si possono conferire al paziente durante la cistoradiografia sono svariate, ma le più usate sono poche. L'O. le descrive soffermandosi brevemente su ognuna di esse descrivendone i risultati ottenuti e i casi nei quali le

posizioni meno frequentemente praticate possono fornire dei brillanti successi.

Passando poi alla parte speciale l'O. comincia col proiettare le imagini delle vesciche normali sia nell'uomo, che nella donna, ciò che costituisce la pietra di paragone per un esatto confronto con le vesciche patologiche. La prima ha allo stato di riempimento medio la forma di una pera con apice in basso; mentre quella della donna ricorda più volentieri l'aspetto di una coppa. Particolari forme prende la vescica delle gravide di cui sono riportati alcuni esempi dal terzo al nono mese di gestazione. Si vede come la vescica oltre che spostarsi si adatta alle mutate condizioni di capacità del bacino. Nel prolasso vaginale si manifestano alcune deformazioni della vescica le quali non sono in rapporto con quelle dimostrate dall'esame ginecologico e che spiegano — solo esse — i disturbi disurici di cui si lamentano tali malate.

È interessante notare come l'O. sia, come tutta la scuola del Lasio contrario alla applicazione della cistografia nella tubercolosi vescicale. Difatti l'O. asserisce che le deformazioni che si possono osservare nella tubercolosi vescicale non sono caratteristiche di questa malattia, nè sono tali che possano dare delle indicazioni nette e precise sulla lateralità o meno della tubercolosi, senza contare che la rivelazione del reflusso vescicorenale che si osserva talvolta in tale affezione rappresenta non un dato di più, bensì un pericolo cui si va ad esporre inutilmente l'ammalato.

Nella ipertrofia della prostata invece la cistografia può fornirci dei dati di un rilievo veramente sorprendente, non solo per documentarci la forma e il grado di sviluppo dell'adenoma verso la vescica bensì anche le eventuali complicazioni secondarie che essa ipertrofia della prostata può aver indotto in vescica. Si intendono tra quelle i diverticoli, la calcolosi, il reflusso.

Una indicazione relativa è data invece dalla calcolosi, in cui trova invece utile impiego la cistopneumografia, specialmente quando i comuni ed abituali metodi sono proibiti da condizioni speciali. Essa riesce addirittura preziosa nella calcolosi diverticolare e in quella della porzione intramurale dell'uretere.

Nei diverticoli poi la cistografia rappresenta una conquista vera e propria della semeiotica urinaria. Essa ci dà delle indicazioni che invano cercheremmo di ottenere con altri metodi. Ce ne dà le dimensioni, la forma, la posizione, ce ne indica il numero, la grandezza. Sono proprio questi i casi in cui le varie posizioni da conferire all'ammalato trovano la più utile indicazione.

Così nel riflusso vescico-ureterale la cistografia è stata quella che ci ha permesso di studiarne i vari casi e il differente comportamento e sopratutto la loro frequenza, poichè non esiste nessun altro sintoma e nessuna altra indagine che ci permetta di metterlo in evidenza.

Nei tumori vescicali la cistografia fornisce effettivamente dei dati che ci aiutano a definirne la natura se benigna o piuttosto maligna e più ancora la estensione, la base di impianto, la infiltrazione perivescicale.

Altre indicazioni per la cistografia sono date dalle forme da compressione nei tumori endoaddominali, di pertinenza dubbia, dalle fistole specie quelle vescico-rettali di cui l'O. proietta alcuni esempi e il controllo post-operatorio nelle prostatectomie.

A dimostrazione delle sue affermazioni l'O. fa proiettare una serie interessantissima di radiogrammi dei casi più dimostrativi.

Seguono altre *comunicazioni* di pertinenza del tema di relazione.

NICOLICH (Trieste). — Insiste su alcune indicazioni della cistografia. L'O. trova eccellente il metodo nei diverticoli, specie se praticato in due tempi, dopo cioè aver svuotato la vescica del suo contenuto di contrasto. Anche la proiezione laterale si dimostra qualche volta di indispensabile aiuto. Meno utile riesce nei calcoli, a meno che non siano diverticolari o ureterali. Opportuna e con risultati brillanti nei tumori vescicali; specie maligni.

PAVONE (j.) (Palermo). — Riporta un caso assai raro di atresia anale con fistola vescicorettale, controllata con l'esame cistografico che mostra le due cavità rettali e vescicali iniettate di collargolo. Il caso è tanto più interessante in quanto che il paziente che ne è affetto, ha raggiunto l'età di 16 anni ciò che è assolutamente una eccezione in questa gravissima malformazione congenita.

GERMANI (Trieste). — Dissente profondamente dal relatore circa la inopportunità di praticare la cistografia nella tubercolosi. Egli non trova differenze apprezzabili tra il pericolo di una cistoscopia e una cistografia, quando questa ultima può dare, come in un caso personale, delle indicazioni per una netta diagnosi di sede. Ritiene quindi — come ha espresso in un suo precedente lavoro — utile la cistografia anche nella tubercolosi vescico-renale.

NISIO (Bari). — Si intrattiene sui mezzi di contrasto adoperati per la cistografia, e pur riconoscendo i pregi del collargolo, preferisce l'uso del bromuro di sodio anche ammettendogli la possibilità di una certa irritazione. Egli si serve di questo sale ambulatoriamente. Si intrattiene sul valore della pneumocistografia e sull'importanza dell'ossigeno in questo metodo. Parla infine dei vantaggi del pneumo-Retzius in casi speciali.

CAPORALI (Padova). — Riferisce sui risultati di ricerche praticate col metodo combinato di Vallebona. Questo consiste nell'iniettare nella vescica vuota 10-15 cc. di gelobarina al 20 %. Fatto distendere uniformemente il liquido confacendo al paziente varie posizioni, si insuffla dell'aria nella cavità vescicale. In questo modo è stato agevole all'O. di mettere in evidenza, per la netta delimitazione tra pareti vescicali e tessuti circostanti, le più fini alterazioni del contorno in diverse affezioni.

ROMANI (Ancona). — Comunica un caso interes-

sante di diverticolo ureterale messo in evidenza con la cistografia per l'esistenza di un reflusso vescico-uretero-renale. Non esistono secondo l'O. altri casi del genere descritti nella letteratura.

TERRA ABRAMI (Firenze). — Sostiene l'opportunità di adoperare il joduro di litio al 5 % per lo studio del reflusso v. r. permesso solo con la cistografia.

Segue sempre sull'argomento tema di relazione una vivace discussione cui partecipano:

VALLEBONA (Genova), che ringrazia il coll. Caporali di avergli riconosciuto la priorità del metodo combinato e richiama l'attenzione sulla possibilità di poter mettere in evidenza con tale metodo gli sbocchi ureterali.

NEGRO (Torino). — Insiste sull'opportunità di parlare più che di una forma normale, di forme normali della vescica durante i successivi stadi di riempimento. Loda la posizione francamente laterale che permette di raggiungere dei risultati decisivi in alcuni casi.

BLANC (Bordeaux). — Attira l'attenzione dei colleghi sull'inopportunità dell'uso del collargolo nelle cistografie di vesciche sanguinanti, per la possibilità di provocare delle combinazioni organiche con le albumine dei tessuti e delle loro secrezioni e quindi dei nuclei di futuri calcoli. Ritiene antifisiologica e capace perciò di immagini false la cistografia in posizione di Trendelenburg.

LASIO (Milano). — Pone in evidenza alcuni punti della tecnica cistografica. Egli ha notato fenomeni irritativi a carico della vescica dopo l'uso di bromuro di sodio, delle incrostazioni con quello della gelobarite. Non ritiene la cistografia un metodo di ricerca da eseguirsi ambulatoriamente, specie perchè praticata di solito su ammalati avariati; ed è decisamente contrario alla sua applicazione nella tubercolosi urinaria.

RAVASINI (Trieste). — Invece non crede ai pericoli tanto temuti dal Lasio e dal Wiget nell'applicazione della cistografia nella tubercolosi.

GERMANI (Trieste). — Si esprime nell'identico senso.

DURANTI (Pisa). — Adopera per la cistografia una soluzione oleosa di jodio dal 10 al 25 %. Non ritiene fondato il timore della cistografia nella tubercolosi, ed è persuaso invece della sua utilità nello studio dell'ipertrofia prostatica. Richiama l'attenzione particolarmente sui dati che possonsi ricavare con l'uso del contrasto nello studio dell'uretra prostatica e della sua funzione.

NISIO (Bari). — Crede che l'uso dell'O. sia da preferirsi a quello dell'aria filtrata.

WIGET (risponde): che ritiene molto importante e non poco la cistografia in due tempi nei tumori vescicali, e che l'uso del cistouretroscopio rende quasi superfluo lo studio cistouretrografico. La forma da lui citata della vescica normale non è certamente l'unica, ma è quella che, per convenzione, si ritiene tale.

Seguono poi altre *comunicazioni* su argomenti differenti.

NICOLICH (Trieste). — *Enorme idronefrosi del rene sinistro in ectopia ileo-pelvica mediana.* — La singolarità del caso deriva dalla forma assunta dall'organo idronefrotico. La radiografia riportata simula una cistografia. La operazione liberò l'infermo dei suoi disturbi.

RISIGARI (Trieste). — *Calcolosi in rene a ferro di cavallo.* — Su 600 interventi renali eseguiti nel reparto urologico a Trieste furono osservati due soli casi del genere, dei quali uno presentava uno speciale interesse perchè privo di qualsiasi sintomo clinico. Nel primo fu eseguita la pielotomia; la nefro e poi nefrectomia secondaria nell'altro.

NISIO G. (Bari). — *La pseudo-idronefrosi traumatica.* — Riferisce sopra un caso clinico di questa particolare e rara complicazione dei traumi chiusi del rene capitato nella Clinica Chirurgica di Bari. Mette in evidenza l'interesse che può destare l'evoluzione di una tale affezione, nonchè le molteplici considerazioni di indole diagnostica e specialmente terapeutica che dallo studio di essa scaturiscono. L'intervento, non essendo stato possibile riconoscere la sede esatta del rene, si ridusse all'incisione lombare e svuotamento di circa 5 litri di urina incistata. L'esito fu felice. Senonchè diverse pielografie, eseguite in prosieguo, mettono in evidenza marcate e profonde modificazioni subite dal bacinetto e dall'uretere. Il primo infatti è già dilatato; il secondo risulta tortuoso, gomitato, stenosato. Alterazioni queste che compromettono definitivamente, in un tempo non lontano, la funzione e l'integrità del rene.

DEL RIO (Parma). — *Ricerche sperimentali sull'emostasi renale per innesto plastico con tessuti eterologhi freschi e fissati.* — Dalle ricerche di questo autore risulta che un frammento muscolare innestato sia fresco che fissato produce una emostasi quasi immediata della superficie renale sezionata o resecata; come l'innesto muscolare vada incontro ad un processo degenerativo, sostituito da un tessuto cicatriziale compatto. È degno di rilievo poi la constatazione il fatto che alla periferia dell'innesto si formino sempre più o meno abbondantemente delle infiltrazioni calcaree che culminano con la formazione di veri e propri calcoli con frequente e facile idronefrosi. La logica conclusione che ne deriva quindi è come per l'emostasi sia preferibile la sutura al trapianto.

Discussione.

GIULIANI (Parma). — Chiede spiegazione sulla genesi di questi calcoli.

DEL RIO (risponde) come sia difficile esprimere in proposito un'ipotetsi plausibile.

CARNELUTTI (Milano). — *Trattamento conservativo del rene policistico uni e bilaterale secondo Payr, e risultati funzionali prossimi e lontani.* — La terapia conservativa secondo Payr (lombotomia, ignipuntura delle cisti) ha dato ottimi risultati nella Clinica urologica di Milano. Dai

dati raccolti risulta evidente come la sintomatologia soggettiva e obbiettiva nonchè il notevole miglioramento della funzionalità renale opportunamente controllata dopo 4 anni dall'operazione dovrebbero contribuire a generalizzarne l'uso e l'applicazione pratica.

Discussione.

BRUNI (Napoli). — Per la sua esperienza invece è contrario a qualsiasi intervento sui reni policistici.

GARDINI (Bologna). — D'altro canto può vantare risultati buoni con il metodo di Payr, cattivi con la nefrectomia.

DE GIRONCOLI (Venezia). — Per sua esperienza deve dir bene dell'operazione di Payr.

TARDO (Palermo). — Vorrebbe ricordare come i risultati differenti ottenuti possano dipendere dal diverso grado dell'affezione, tanto più che gli esami funzionali non danno in questi casi risultati attendibili.

MINGAZZINI (Roma). — Ha avuto campo di studiare qualche caso del genere e conferma tale strano comportamento degli esami funzionali. Costanti elevate, azotemie alte, scarsissima eliminazione di indigo e di fenolsulfonftaleina erano compatibili con uno stato generale buono dell'individuo.

ALESSANDRI (Roma). — Sostiene che nei reni policistici, a meno che non vi sia una « indicatio vitalis » (emorragie imponenti, pionefrosi) sia più prudente astenersi da qualsiasi intervento nel rene policistico.

LASIO (per Carnelutti). — Pur riconoscendo nel metodo di Payr un rimedio palliativo, sostiene come di tutti i proposti sia sempre il più razionale e il meno traumatizzante.

RAIMOLDI. — *Alcuni casi di nefralgia ematurica.* — Riferisce tre casi nuovi di nefralgia ematurica, descrivendone le caratteristiche cliniche, i dati ottenuti all'osservazione cistoscopica, i risultati degli esami funzionali. Due di questi furono nefrectomizzati: un terzo scapsulato. All'esame istologico fu messo in evidenza in tutti i casi, una nefrite cronica parcellare. In base quindi ai suoi risultati, l'O. ritiene doversi dare la preferenza alla decapsulazione, riservando la nefrectomia solo a quei casi in cui l'esame funzionale ha dimostrato un valore minimo dell'organo leso.

Discussione.

NISIO (Bari). — Riferisce di un caso di ematuria ripetuto e determinato di frequente da angina. La malata guarì con la tonsillectomia, nella tonsilla fu isolato uno streptococco emolitico. Occorre quindi indagare su tutte le possibili cause di errore.

RAVASINI (Trieste). Richiama l'attenzione sulla relativa frequenza di tale affezione, della quale nell'Ospedale di Trieste si osservano 3-4 casi all'anno. Ma prima di accettare tale diagnosi bisogna escludere la possibilità non solo di calcoli piccolissimi e trasparenti ai raggi X, ma anche la ossaluria o la fosfaturia che da sole possono provocare un'ematuria.

Nei casi sicuramente accertati furono riscontrate all'esame istologico lesioni di nefrite parcellare cronica a focolaio.

RAIMOLDI (risponde). — Nel caso di Nisio si trattava di una nefrite cronica comune, non di ematuria. Si compiace che il Ravasini conferma quanto ha detto.

RAIMOLDI. — *Piccolo rene congenito doloroso.* — Ricordato le anomalie di volume dei reni, l'O. discute un caso di rene atrofico congenito caratterizzato da dolori continui e a tipo colico protrattisi per parecchi anni. All'atto operativo fu riscontrato un rene di minime dimensioni con pelvi assai dilatata e sostanza renale sottile presentanti i caratteri anatomo-patologici del rene atrofico congenito propriamente detto. L'O. discute l'importanza delle anomalie congenite di volume sia per quanto riguarda lo sviluppo di fatti patologici, sia per le possibilità di intervento sull'altro rene.

LILLA. — *Grave ematuria del rene superstite dopo nefrectomia per tubercolosi.* — Si trattava di un giovane di 26 a. che a distanza di circa 10 giorni dall'operazione presentò ematuria di origine renale (controllo cistoscopico). Dopo altri 15 giorni ebbe porpora diffusa, ittero a carattere emolitico. Ritiene, escludendo l'emofilia, e ritenendo discutibile la possibilità di fenomeni congestivi da iperlavoro o da focolai tubercolari preesistenti e rivelatisi in tale occasione, doversi trattare di una nefrite transitoria provocata dalla eliminazione di una speciale tossina tubercolare a carattere emolitico.

Discussione.

TARDO (Palermo). — Ritiene l'ultima ipotesi più verosimile.

LASIO (Milano). — Crede siasi trattato di uno scompenso renale.

LILLA (risponde). — Le emorragie di cui s'intende parlare sono state imponenti e quindi non ascrivibile a scompenso, poco ammissibile, considerando anche il tempo non indifferente trascorso dall'intervento alla sua comparsa.

MELANOTTE — *Ureterite cistica e formazioni papillomatose del rene.* — Discussa la patogenesi dell'ureterite cistica e delle formazioni papillomatose del rene, presenta un esemplare in cui sono associate le due lesioni e sulla base dell'esame microscopico il quale dimostra nella stessa sezione la presenza di cisti nei diversi stadi di sviluppo e di papillomi crede poter ammettere un'unica causa patogenetica, un processo flogistico cronico.

NICOLICH (Trieste). — *Enorme dilatazione congenita bilaterale degli ureteri.* — Descrive un raro caso di dilatazione congenita bilaterale degli ureteri e nel quale fu dimostrata la presenza

di un calcolo ureterale. La rimozione di tale ostacolo, ritenuto secondario alla malformazione fu scartata per i pericoli di fistole ed inconvenienti maggiori. Due radiografie assai dimostrative accompagnano l'interessante caso.

RAVASINI (Trieste). — *Impianto dell'uretere sinistro nel sigma secondo il metodo di Coffey in un caso di anuria dopo legatura degli ureteri. Nefrectomia destra. Guarigione.* — Presenta un caso di impianto dell'uretere sinistro nel sigma secondo il metodo di Coffey-Mayo in un caso di anuria dopo legatura degli ureteri. Questa avvenne dopo un'isterectomia totale per carcinoma del corpo dell'utero, eseguita altrove per via addominale. Quarantotto ore dopo l'operazione fu eseguita la nefrostomia destra, in quinta giornata fu eseguita la nefrostomia sinistra. Dopo dieci mesi circa non riuscì un tentativo di ureterocistoneostomia a destra, mentre riuscì più tardi l'impianto dell'uretere sinistro nel sigma secondo il metodo di Coffey-Mayo. Nefrectomia destra. La guarigione permane tuttora, cioè otto mesi circa dopo l'impianto. L'O. descrive più per esteso il metodo di Coffey-Mayo, e ne rileva i vantaggi del medesimo.

RAVASINI (Trieste). — *Impianto per innesto di nodi carcinomatosi dalla vescica nell'uretere e nel bacinetto dilatato per idronefrosi.* — L'O. presenta un caso di impianto per innesto di nodi carcinomatosi dalla vescica nell'uretere e nel bacinetto dilatato per idronefrosi. L'interesse offerto dal caso consiste nel fatto che non si può parlare di metastasi per via linfatica o sanguigna, ma di innesto vero e proprio di tumori nell'uretere e nella pelvi renale, dilatazione favorita dall'orina stagnante. Tale dilatazione uretero-pelvica prodotta dal tumore ha reso possibile l'impianto anche nelle vie urinarie superiori, per via ascendente.

PAVONE (Palermo). — *Caratteristiche pielografiche e funzionali dei reni policistici.* — Descrive due casi di reni policistici, soffermandosi sulle loro particolarità funzionali e pielografiche caratteristiche.

GIULIANI G. M. (Parma). — *Restringimento e dilatazione dei due ureteri dopo isterectomia subtotale.* — Escludendo facilmente con l'anamnesi remota e prossima, una forma flogistica acquisita rimaneva per spiegare la dilatazione bilaterale degli ureteri osservata, decidere se si trattava di una forma congenita o di una post-traumatica. Essendo stata praticata un'isterectomia subtotale, ricordando le esperienze del Torraca e per la ubicazione della stenosi, l'O. che ebbe campo di studiare l'ammalata per disturbi imputati ad un rene mobile, ritiene doversi trattare di lesioni postoperatorie.

Discussione.

LILLA (Livorno). — Queste parziali stenosi ureterali postoperatorie ginecologiche sono più frequenti di quanto non si creda e costituiscono la causa essenziale della persistenza di processi infiammatori del bacinetto e dell'uretere. Si giovano tali casi di un catetere a permanenza.

PISANI L. (Milano). — *Nuovo contributo alla conoscenza e classificazione del megauretere.* — L'O. ha ripreso a studiare i casi di megauretere occorsigli e scinde dalle dilatazioni secondarie quelle primitive ed idiopatiche per le quali non è possibile trovare nessuna causa se non quella di una atonia congenita. Dallo studio di 9 casi personali l'O. conclude sulla rarità del megauretere primitivo (un solo caso con R. W. positiva del resto). Più larga diviene la cerchia dei casi se al termine congenito si ascrive il significato di predisposizione congenita, sul quale si impianta spesso un processo settico. Le ureterectasie sono per lo più l'esponente di una disfunzione nella innervazione dei fasci muscolari dell'uretere e più frequentemente di quelli circondanti la papilla ureterale e costituente il fascio chiave.

Discussione.

LILLA (Livorno). — Si compiace che venga fatta luce sulla definizione e sul concetto del megauretere, che va riservato appunto a quelle forme che sono: 1) congenite; 2) sine materia; 3) prive di qualsiasi anomalia della costituzione anatomica dell'organo stesso.

RAVASINI (Trieste). — Esprime la propria soddisfazione nel vedere accettata la sua definizione esposta già nella relazione dello scorso anno.

ROSSI L. (Parma). — Chiede se si possono sceverare allo scherno radioscopico le forme spastiche da quelle consecutive a stenosi.

LASIO (Milano). — Invitato dalla S. M. e designato dalla Soc. Italiana di Urologia, l'O. si intrattiene sull'*Impiego dei mezzi di contrasto nello studio delle vie urinarie.*

L'O. sostiene con dimostrazioni radiografiche come il latte di bario purchè diluitissimo e ben emulsionato rappresenti un ottimo contrasto. Da scartarsi per il dolore è il bromuro di sodio. Nelle vesciche fortemente irritabili, rende buoni servigi lo Jodoleum da lui proposto. Nella pneumocistografia è preferibile l'O., utilmente associato al precedente (metodo Vallebona). Lo Jodoleum (sol. jodata oleosa al 5-10 %) rende altrettanti buoni servigi nelle pielografie. Innocui ed importanti dal punto di vista diagnostico sono il pneumoperitoneo e il pneumorene. Da ritenersi bene a mente è l'esattezza delle ricerche, da eseguirsi in pose brevissime, in apnea del paziente con l'aiuto di un Pober Bucky modificato opportunamente dall'O. Segue una serie di radiogrammi distinti per organi e lesioni a sostegno e dimostrazione delle affermazioni dell'O. Sono esse calcoli vescicali, diverticoli, casi di compressioni estrinseche sulla vescica, ipertrofie prostatiche e con complicazioni. Una grande importanza spetta al metodo nella diagnosi fine dei

tumori vescicali. Nel sospetto di questi casi è opportuno sempre l'esame del torace (eventuali metastasi). Casi di affezioni della pelvi vengono dimostrati numerosi. Lo Jodoleum in questi casi ha azioni talora perfino curative. Particolare interesse destò un caso di ascesso freddo di origine delle surrenali, guarito con lo stesso Jodoleum che era servito la prima volta per la sua diagnosi.

Discussione.

NEGRO (Torino). — Teme l'uso dell'olio iodato perchè essendo insolubile potrebbe dar luogo agli stessi inconvenienti del collargolo (embolie, infarti renali, ecc.). Non solo, ma la possibile persistenza potrebbe dar luogo ad ombre che sarebbero di difficile interpretazione.

BORETTI (Milano). — *Contributo alla conoscenza della sifilide vescicale.* — Espone tre casi personali che presentavano cistite ribelle ed ematuria, e in un caso anche ritenzione. La cistoscopia fece rivelare: papule ulcerate, ulcerazioni scodelliformi, vegetazione, edemi, vascolarizzazione notevolissima, tutti fenomeni che migliorarono assai o scomparvero addirittura con la cura antisifilitica. La lue vescicale si dimostra quindi meno rara di quanto si riteneva, ma riesce difficile a diagnosticarsi. Soccorrono a questo riguardo non solo i sintomi, che l'O. descrive, ma anche l'esito della reazione e sopratutto l'esito della cura basata sopratutto sul Hg, e KJ.

Discussione.

SESTINI (Napoli). — Conferma quanto ha detto l'O. e crede come lui che la forma più frequente sia la porpora.

RAIMOLDI. (Roma). — *Contributo alla cura delle ulcere semplici della vescica.* — Riferisce di tre casi che ha potuto osservare e curare con la elettrocoagulazione. Una delle malate è guarita; le altre due assai migliorate.

Discussione.

LILLA (Livorno). — La stasi rappresenta un fattore di grande importanza nella persistenza di tali ulcere. Questo ha potuto osservare egli stesso in alcuni casi giunti alla sua osservazione, guariti con la elettrocoagulazione.

PAVONE (Palermo). — È giunto alle stesse conclusioni in un suo caso.

TARDO (Palermo). — Domanda se furono fatti esami batteriologici.

RAIMOLDI. — Risponde ringraziando del contributo degli OO., le cui conclusioni collimano con le sue e assicura di aver eseguito ricerche batteriologiche complete.

MELANOTTE M. (Torino). — *Studio sperimentale sulla rigenerazione della vescica urinaria.* — Operando sulla vescica di cani potè dimostrare con una 1ª serie di esperienze che il serbatoio urinario demolito di metà, suturata o non la breccia, ricupera, dopo due mesi, una capacità corrispondente ai 2/3 della primitiva.

Con una 2ª serie trovò che nella cistectomia subtotale la vescica rimane contratta ed a cavità virtuale se riesce soppressa la funzione deviando a monte la corrente urinaria.

Con una 3ª serie dimostrò che asportando tutto il collo vescicale sino agli sbocchi ureterali ed un tratto dell'uretra si ha ricostituzione del collo vescicale e ricongiungimento, mediante fusione, coll'uretra, la quale conserva come il collo la pervietà e la funzione.

Con una 4ª serie constatò che, asportando tutta la vescica ed una porzione dell'uretra ed abbandonando gli ureteri recisi nella cavità addominale, si aveva dopo 70 giorni la completa fusione delle estremità ureterali recise fra di loro e coll'uretra, con dilatazione a serbatoio dell'uretra stessa e completa pervietà e degli ureteri e dell'uretra e da parte dell'animale non incontinenza.

Discussione.

CIMINO (Palermo). — Riferisce di un individuo che ebbe a soffrire di incontinenza consecutiva ad incisione perineale per ascesso prostatico. Tutto fece supporre una rigenerazione del collo vescicale.

RAVASINI (Trieste). — Ricorda un caso clinico di rigenerazione della vescica, in cui fu estirpata tutta la vescica ad eccezione di un piccolo lembo in cui fu impiantato un uretere.

ALESSANDRI (Roma). — *Tentativi di cura chirurgica nella chiluria.* — Riferisce un caso occorsogli in quest'anno che crede importante sotto due punti di vista:

1º Per la rarità di casi, in cui si è dimostrata la filaria sanguinis hominis, come in questo, e che non si sono mai mossi dall'Italia (Abbruzzo): durante la guerra però l'individuo era stato sul Sile, in provincia di Treviso, dove La Cava ha descritto un focolaio di infezione da filaria.

2º Perchè, avendo determinato colla cistoscopia e il cateterismo ureterale che la comunicazione coi chiliferi era dal lato destro, intervenne scoprendo il rene e l'uretere, e trovati numerosissimi linfatici intorno alla pelvi e all'uretere, con gangli e rete assai ricca sin verso la linea mediana, procedè all'ablazione di questi, più completa che fu possibile, prima sulla pelvi e sulla parte alta dell'uretere, avvolgendoli anche in un lembo grassoso per evitare il ristabilirsi di comunicazioni, e poi sulla parte.

Si ebbe successo in primo tempo in quanto dopo l'operazione le urine rimasero per vari giorni del tutto chiare, ma poi la chiluria riprese e non si modificò successivamente.

CIMINO (Palermo). — *L'uroterapia nelle infezioni banali delle vie urinarie.* — L'O. senza ricordare i principi scientifici, base della sua terapia e già esposti altrove, espone i risultati della cura. Su 227 malati, l'uroterapia ha dato il 75 % di guarigione, in quelli subacuti il 54, e l'8.50 in quelli cronici. Il metodo, somigliante agli altri fondati sulla vaccino-proteino-terapia, è capace

quindi di un rendimento tanto maggiore quanto più recente è l'infezione e viceversa: ma è semplice, facilmente applicabile, non importa quasi nessuna spesa.

Discussione.

PAVONE (Palermo). — Fa osservare come rimanga oltremodo difficile se non impossibile dosare e aumentare la quantità dei germi da iniettare. Del resto la uroterapia rappresenta una proteino-terapia: e allora è forse meglio ricorrere a prodotti oramai standardizzati del commercio.

NEGRO (Torino). — Ha usato un metodo analogo, ma ha ottenuto risultati così scoraggianti che non ha creduto opportuno pubblicarli.

LILLA (Livorno). — Non può vantare risultati soddisfacenti con tale metodo che va adunque o controllato o ripetuto.

CIMINO. — Pur tenendo conto delle osservazioni e dei rilievi mossigli dai colleghi afferma che il metodo corrisponde alle moderne vedute scientifiche e che è quindi utile per lo meno provarlo.

PAVONE (j.) (Palermo). — *L'azione del chinino nella febbre urinaria.* — Descrive i vari tipi di febbre che si osservano negli urinari, elenca le possibili spiegazioni patogenetiche, accettandone una teoria eclettica.

Il chinino agisce: riducendo la sensibilità delle mucose urinarie allo shok, indebolendo le facoltà conduttrici dei cordoni midollari, attenuando perciò la reazione nervosa e quindi l'azione nociva riflessa sui reni; sulla tossicità urinaria, aumentando la resistenza dell'organismo di fronte alle tossine, con meccanismo ancora non ben chiaro. Comunque il chinino è indicato sia come preventivo negli interventi sulle vie urinarie, sia come curativo negli accessi di febbre urinaria.

DI MAJO (Milano). — *Valore prognostico, dal punto di vista chirurgico dell'azoto residuo in rapporto all'azoto medio del sangue.* — Dallo studio dell'O. risulta che il valore preoperativo dell'azoto residuo non ha una importanza prognostica postoperativa superiore a quella dell'azoto ureico: che nelle crisi di iperazotemia postoperatoria l'aumento dell'azoto residuo si avvera più precocemente rispetto a quello dell'urea e si attenua con maggiore lentezza. In questo senso può servire a darci una spiegazione dei fenomeni uremici postoperatorii meglio e per maggior durata di tempo che l'azoto ureico: vi è esatto parallelismo tra azoto ureico e azoto residuo. L'azoto residuo e quello ureico non sempre sono alterati quantitativamente dall'intervento operativo e dalle anestesie generali.

***

Tema per il prossimo Congresso da tenersi in Roma: « Le colibacillosi ».

E. MINGAZZINI.

XVI Congresso Stomatologico Italiano.

Fu inaugurato a Milano nel Castello Sforzesco il 17 settembre u. s. Portò il saluto ai convenuti (oltre 250 stomatologi di tutta Italia) il Presidente del Comitato Ordinatore dott. Bellinzona. Seguì il Podestà di Milano, on. Belloni, congratulandosi per le recenti conquiste stomatologiche sotto gli auspici del Fascismo che saprà certamente mettere un freno all'empirismo dei dentisti abusivi. Il Presidente della Federazione Stomatologica Italiana, dott. Di Mento, tessè la storia ascensionale del venticinquennio dell'Associazione e del suo organo ufficiale « La Stomatologia », fondato 25 anni or sono dal defunto primo Presidente Platschik ed ora diretto dal prof. Piperno con la solerte collaborazione del prof. Coen-Cagli. Dopo una illustrazione delle recenti leggi stomatologiche fatta dall'on. Perna e un deferente saluto dell'Università di Milano portato dal Preside della Facoltà Medica prof. Pepere, fu proclamato vincitore del Premio Platschick di L. 2000 il dott. Carlo Vecchiotti di Milano per la memoria *Anomalie bucco-dentarie nei ragazzi anormali* e fu offerto dal Comune un sontuoso rinfresco.

I lavori del Congresso si svolsero nella R. Università. Sugli *Ascessi e flemmoni di origine dentaria* tenne una importante relazione il prof. C. Cavina e una libera discussione su i *Dettagli di pratica professionale* il prof. Piperno e il dott. Seppi. Fra le comunicazioni di maggiore interesse: *Teoria trofo-microbica dei processi cariosi e nuovi fatti sulla vitalità dello smalto* del prof. Beretta; *Ulteriori ricerche sulla carie dentaria* del prof. Manicardi; *Alcuni punti fondamentali nelle cure conservative* del prof. Fasoli; *Metodo di cura del progenismo* del prof. Arlotta; *Sull'innervazione del dente* del prof. Papa; *L'opera odontoiatrica degli italiani Eustachi, Campani, Fonzi e Platschick* del prof. De Vecchis; ed altre dei dottori Amodeo, Maccaferri, Tamburini, Gasparini, Lippo, Casarotto, Saraval, Albanese, Puppo, Corradi, Mihich, Csernyei, Linca, Gaini, Muzi, Dalma, Forster, Ascenso, Brusotti, chir. dentisti De Crescenzo e Cassullo. Su l'igiene sociale trattarono il prof. Cavallaro (*Servizio odontoiatrico nelle scuole del Comune di Firenze*), il dott. Monaco (*I nuovi servizi odontoiatrici scolastici nel Governatorato di Roma*), il dott. Grandi (*Servizio stomatologico negli Ospedali di Trieste*) e ten. col. med. Candidori (*Servizio stomatoiatrico nell'Ospedale Militare di Roma nel 1926*), udite le quali comunicazioni furono votati ordini del giorno per la sollecita istituzione di servizi stomatoiatrici nelle scuole pubbliche nelle città che ancora ne sono prive e per l'assunzione di stomatologi nell'ambiente ospedaliero. S'inviarono telegrami a S. M. il Re e a S. E. Mussolini.

Durante il Congresso ebbe luogo, nelle sale adiacenti all'aula del convegno, una notevole esposizione di materiali per la professione odontoiatrica. Fu visitato l'Istituto Stomatologico a Via Commenda 19 con l'annesso Padiglione dei Mutilati del Viso. Si ebbero gite alla Certosa di

Pavia e sul lago di Como, quest'ultima signorilmente offerta agli ospiti dai consoci milanesi. Il 20 settembre i Congressisti si recarono compatti alla sede del « Popolo d'Italia » per offrire un grande mazzo di fiori al comm. Arnaldo Mussolini, indi, in corteo, deposero altri fiori in Piazza S. Sepolcro, sulla lapide che ricorda la prima adunata dei pionieri del Fascismo. Al banchetto sociale, tenuto al Grande Albergo Continentale, fu offerta all'on. Perna, dagli stomatologi italiani riconoscenti, una medaglia d'oro commemorativa del 25° annuale del sodalizio, ormai, talmente forte e solidale da accrescere le sue fila, durante l'assemblea privata del Congresso, di ben 119 soci nuovi. A. PIPERNO.

VII Congresso di Medicina del Lavoro.

(24-26 ottobre 1927).

Con frase colorita, questo Congresso è stato denominato il « Periplo ramazziniano », poichè nel suo svolgimento ha seguito le grandi tappe della vita di Bernardino Ramazzini: a Carpi che gli diede i natali, a Parma dove fu per gli studî universitarî, a Modena dove egli dette l'insegnamento della medicina professionale. Ed in queste tre città, i congressisti si riunirono successivamente in sedute laboriose e fecondamente attive.

L'inaugurazione venne fatta a Parma, dove si ebbero le relazioni sui temi ufficiali.

G. ALLEVI parlò della *Emigrazione e tubercolosi*, prendendo in esame la grande importanza sociale di questo fenomeno demografico che, negli anni prima della guerra aveva preso un grande slancio. Attirati dalla mira di facili e lauti guadagni, partivano i nostri emigranti, trovando spesso la morte per tubercolosi negli stessi luoghi dove speravano di acciuffare la fortuna, o ritornando nei loro paesi contagiati e centri di nuove infezioni. La maggior parte dei tubercolizzati ci era restituita dall'America del Nord, mentre quella del Sud dà un contingente assai minore. Però non è la sola emigrazione transoceanica che riesce perniciosa alla salute dei nostri lavoratori, ma anche quella continentale, sebbene manchino delle prove dirette. Ad ogni modo restano dimostrate la grande influenza che, nella tubercolosi polmonare esercita l'emigrazione e la necessità di provvedimenti in proposito.

Sulla *patologia da elettricità e da raggi X*, ha riferito G. AIELLO. I casi di lesioni da elettricità sono in grande aumento ed è quindi di grande utilità anche pratica uno studio accurato di essi. Grande importanza si deve attribuire nella patogenesi di essi ai fattori costituzionali inerenti al soggetto colpito, specialmente all'accertamento anamnestico o clinico di malattie pregresse, di diatesi e particolarmente dello stato timo-linfatico; in esame dal punto di vista costituzionale, quale può essere fatto mediante una accurata visita preventiva e periodica, dovrebbe fare escludere i soggetti predisposti dalle lavorazioni in rapporto con l'elettricità.

Dopo avere accennato alle cause della morte da elettricità, alle lesioni anatomo-patologiche che si riscontrano ed alla nosografia delle lesioni, mette in rilievo che, nel trattamento, oltre ai comuni soccorsi per la paralisi cardiaca e respiratoria, è doveroso il tentativo di iniezioni endovenose di cloruro di potassio, di cloruro di calcio, di adrenalina (anche intracardiaca) e di lobelina.

Per quanto riguarda la *patologia da raggi X*, osserva che queste lesioni son divenute oggi rare, grazie agli accurati sistemi di protezione, ma il pericolo non è ancora scomparso. Oltre alle radiodermiti, è stata recentemente messa in luce la radionecrosi tardiva, più comunemente cutanea, che avviene in un terreno apparentemente integro e può essere favorita da fattori locali, da infezione. Sono suoi caratteri generali l'inizio brusco, i sintomi di mortificazione dei tessuti, la lentezza di eliminazione, l'assenza di istolisi; le particolarità cliniche cambiano poi a seconda della sede e del terreno biologico.

Anche per le lesioni da raggi X, ha grande importanza la predisposizione dei singoli individui che sarà bene mettere in luce con lo studio anamnestico, semeiotico e farmaco-dinamico, particolarmente vedendo il modo di reagire al vescicante.

Sul cancro dei radiologi, che colpisce il 30 % di coloro che soffersero di radiodermite, sono necessarî ulteriori studî. Per quanto riguarda poi i disturbi generali, ne è tuttora incerta la patogenesi, ma si può ritenere probabile la presenza nel sangue di prodotti di scissione dell'albumina, da distruzione dei tessuti.

Sui *dati tecnici inerenti alle lesioni da elettricità e da raggi X*, ha riferito l'ing. R. PUGNO-VANONI. Alle due relazioni è seguita una discussione d'indole teorico-pratica.

L'interessante *rassegna delle intossicazioni professionali dal 1924*, fatta da A. NEBULONI, non si presta ad essere riassunta.

La *Carta del lavoro* è stata degnamente illustrata dai proff. L. DEVOTO e RANELLETTI.

Il Congresso ha tributato un voto di plauso al prof. LORIGA, che è stato il preparatore del Regolamento d'igiene del lavoro, ed ha espresso la propria ammirata riconoscenza al Capo del Governo per la nuova legge sull'Assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi.

A Modena, la vita di Ramazzini fino al 1700 venne illustrata in un caldo e vibrante discorso del prof. A. DONAGGIO, che per più di un'ora tenne incatenata l'attenzione dell'uditorio e suscitò alla fine entusiastici applausi. L'attività scientifica e didattica svolta dal Ramazzini in Padova dal 1700 al 1714 venne poi magistralmente esposta a Carpi dal prof. A. CASTIGLIONI.

Assiduamente frequentate furono le sedute riserbate alle comunicazioni nel campo della patologia del lavoro e dell'infortunistica, nelle quali i congressisti portarono i risultati delle proprie osservazioni; le discussioni animate e cordiali che ne seguirono ed il protrarsi delle sedute fino ad oltre le 22 dimostrarono il grande interesse che tali comunicazioni suscitarono. Vi assistette sempre, alla Presidenza, portando spesso la sua parola elevata l'infaticabile prof. DEVOTO, che dovette anche prodigarsi nelle cerimonie della triplice inaugurazione ufficiale; a lui va tutto il merito della buona organizzazione del Congresso, che ha lasciato nei numerosi intervenuti il più simpatico ricordo. *fil.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Il cancro del polmone.

Il cancro del pulmone non è frequente, ma spesso passa inosservato. Tra tutte le localizzazioni cancerigne quella pulmonare è di più difficile diagnosi. I sintomi che sono stati attribuiti a questa affezione non sempre sono presenti. Nei casi dubbi conviene praticare ogni mezzo d'indagine, quelli clinici e quelli radiologici: l'esame citologico si farà in secondo tempo per confermare la diagnosi.

Gli aspetti clinici del cancro pulmonare sono molto variabili. È ovvio che in primo tempo si pensi alla tubercolosi, ed in effetti spesso c'è molta rassomiglianza clinica fra le due affezioni. Così in un caso di Loeper e Garcin di pachipleurite emorragica si pensò ad una tubercolosi pleuro-pulmonare. All'autopsia si trovò cancro pulmonare a forma serpiginosa e con aspetto pseudotubercolare con noduli uniti e policiclici ed ulcerazioni cavitarie multiple, lesioni che dipendevano da un epitelioma d'origine bronchiale.

Altre volte si suppone una cardiopatia a causa del versamento pleurico e dei disturbi d'asistolia.

Quando il cancro assume la forma di tumore si hanno fenomeni di compressione, sindrome mediastinica, disfagia esofagea, stenosi bronchiale.

Viceversa vi sono casi di neoplasmi mediastinici che si rivelano con sindromi prevalentemente pulmonari. (*Journal des Praticiens*, 1927, n. 39).

DR.

Gli stati polmonari predisponenti al cancro.

Le cause che si ritiene possano favorire la localizzazione del cancro sul polmone, vanno schematicamente suddivise in due gruppi: *a*) metaplasia bronchiale, *b*) cause irritanti fisiche e chimiche.

a) la metaplasia dell'epitelio che per alcuni rappresenterebbe la prima fase della cancerizzazione è istologicamente bene provata. Essa si ha nella bronchite cronica, dilatazione bronchiale, e tubercolosi. Più raramente per sifilide, mentre è una causa certa di metaplasia la grippe epidemica (Askanazy). Anche i gas di guerra ed il fumo del tabacco possono produrla. Sebbene la metaplasia si debba considerare come un terreno favorente, pure debbono associarvisi altre cause;

b) comprende cause etiologicamente ipotetiche: corpi estranei, radioemanazioni delle miniere, azione dei raggi X. Gas tossici, intossicazioni croniche per arsenico, cobalto e nikel; azione irritante delle polveri, antracosi silicosi, polverio sempre crescente delle strade.

Tuttavia persiste una grande oscurità sul vero valore predisponente di questi fattori, e ciò si comprende persisterà finchè ci sfuggirà la vera causa del cancro.

Frommel E. (*Revue de Méd.* 1927, n. 7) ha ripreso questo studio analizzando tutti i casi di cancro polmonare osservati alla clinica medica di Ginevra (prof. M. Roch) dal 1900 al 1926: in tutto 41 casi. Egli nota: anzitutto il numero dei casi è in progressione costante, in rapporto con la marcia ascendente del cancro in generale. Il cancro del polmone è una malattia della seconda metà della vita e colpisce sopra tutto il sesso maschile. Su 41 malati, 30 soffrivano di affezioni polmonari prima di divenire cancerosi.

Su 41 casi, in 8 coesisteva tubercolosi polmonare, e in 6 casi le due malattie colpivano lo stesso lobo. Ciò prova che non vi è la incompatibilità tra i due processi, come pretendeva la vecchia teoria di Rokitansky. La tubercolosi preesisteva sempre, onde si deve ritenere che sono più spesso i tubercolosi che si cancerizzano, che non i cancerosi che si tubercolizzano. Gli altri 21 malati erano affetti da bronchiectasie, bronchite cronica, enfisema. Sebbene si deve fare la riserva che la maggior parte dei malati avevano più di 50 anni, e queste forme morbose sono assai comuni in questa età, resta sempre il fatto che due terzi di questi P. avevano antecedenti polmonari assai marcati. L'ufficio che ha la polvere come predisponente sembra evidente se si rivela che su 29 malati che indicarono bene il loro mestiere, 20 erano per questo particolarmente esposti a respirare della polvere sia minerale che vegetale. L'importanza che si deve attribuire alla grippe, e all'incatramamento delle strade non è ancora chiara. Si deve infine concludere che se il cancro del polmone può iniziarsi in soggetti con polmoni precedentemente del tutto indenni, è certo però che esso predilige, nella grande maggioranza dei casi, dei polmoni che si trovano in uno stato di meiopragia funzionale, per causa di lesioni antecedenti.

L. TONELLI.

Probabile natura tubercolare delle congestioni polmonari o pleuro-polmonari semplici a ripetizione.

Woillez nel 1870 già sospettò che alcune poussées congestive a ripetizione potessero avere una natura tubercolare. Carrière nel 1889 pubblicò una

osservazione clinica assai dimostrativa in questo senso: un giovane di 24 anni è colto da una forma morbosa con tutti i segni clinici e semeiotici della congestione polmonare tipo Woillez che risolse come di norma. Tutte le ricerche per dimostrare l'origine Kocchiana dell'affezione, furono negative. Dopo due anni e mezzo insorse tubercolosi polmonare bacillifera con localizzazione nella sede della antica affezione congestizia.

Caussade e Tardieu (*Bull. et Mém. de la Soc. des Hôp.* n. 19, 9 giugno 1927) riferiscono cinque osservazioni inedite concernenti diverse forme di congestioni polmonari nelle quali la natura tubercolare fu provata o dal decorso clinico o dalla bacilliscopia. Nel 1° caso il P. ebbe una congestione pleuro-polmonare da pneumococchi con versamento pleurico prevalentemente linfocitario, l'esame dell'espettorato fu del tutto negativo, la cutireazione e la R. Besredka positive. Quattordici mesi più tardi insorse tubercolosi polmonare unilaterale che occupava la stessa sede della congestione polmonare primitiva.

Il 3° caso, presentò una congestione pleuro-polmonare destra, e un versamento con linfociti. Il P. guarì e stette bene per tre mesi poi insorse una tubercolosi polmonare acuta con meningite tbc. terminale.

Il 4° caso, presentò tre volte congestioni polmonari nel corso di 6 anni. Durante l'ultima affezione sopraggiunse una affezione pleuro-peritoneale ed una localizzazione tubercolare dell'apice destro.

Il 2°-5°-6° caso riguardano pazienti che ebbero più volte congestioni polmonari e nei quali per il decorso prolungato, per la cutireazione e la Besredka positive (6° caso) e per il persistere di febbricole postume gli AA. ritengono fortemente presumibile l'infezione tubercolare.

Gli AA. ritengono di poter concludere che pure essendo la prognosi di questi casi relativamente favorevole, si debba ritenere positiva la natura loro tubercolare, e forse si debba pensare che le congestioni polmonari ripetute si svolgano attorno a una piccola lesione tubercolare (spina tubercolare irritativa, come la chiamano) clinicamente non dimostrabile. Sarebbe bene studiare questi fatti dal punto di vista del virus tubercolare filtrabile.

L. TONELLI.

TERAPIA.

Quando deve essere somministrata la morfina ai malati dell'apparato circolatorio.

Tre sono le indicazioni fondamentali di tale somministrazione:

1) Contro il sintoma « dolore » nei cardiopazienti.

Un vizio valvolare, uno stato di ipertonia, una arteriosclerosi o una malattia aortica non costituiscono controindicazione alla morfina, nel caso di un accesso dolorifico di qualsiasi causa (colica renale, colica epatica, ecc.).

Nelle crisi dolorose inerenti alla malattia cardiovascolare stessa il medico deve porre attenzione allo stato del paziente. Vale a dire, se al dolore va congiunto un polso piccolo, filiforme, raffreddamento delle estremità, pallore e cianosi, al narcotico sarà aggiunto un medicamento cardiaco. È questo frequentemente il caso dell'angina pectoris, in cui si può, senza alcuna tema, ricorrere alla morfina, in dose da 0,005 a 0,01 e più, unendovi la canfora, la digitale, la caffeina, l'alcool, la senapizzazione, i maniluvi bollenti, la nitroglicerina. Solo allorquando la circolazione si compia in maniera assai difficoltata possono riuscire inefficaci anche dosi forti di morfina. Buoni surrogati di questa sono poi il pantopon e la dionina (0,02-0,03);

2) Contro l'edema polmonare acuto, nell'asma cardiaco e nelle forme miste.

Nelle forme lievi di tali complicanze può talora essere sufficiente la digitale, la canfora o qualche altro cardiocinetico. Se invece i dolori sono forti, si deve ricorrere alla morfina per iniezione o per os, diluita per esempio con acqua di lauroceraso (10-20-30 gocce di una soluzione all'1 %).

La sola morfina può talora essere sufficiente a vincere l'edema polmonare, ed allora il meccanismo d'azione è il seguente: affievolimento del dolore, riposo del centro respiratorio e del centro della tosse nel midollo, facilitazione del lavoro cardiaco, migliore svuotamento del ventricolo sinistro;

3) Contro la dispnea del cardiaco.

La morfina, in dose di 0,01-0,02 al giorno, riesce spesso ad esercitare influsso benefico sul centro del respiro e della tosse, specialmente se vi si associa la digitale, la quale è senz'altro indicata nei vizi scompensati.

Per combattere gli eventuali disturbi che può procurare la morfina (nausee, vomito, ecc.), si può aggiungere alla stessa siringa del solfato di atropina (0,0005).

Controindicazione assoluta alla morfina è rappresentata dalle nevrosi cardiache, le quali ri-

chiedono sedativi, come: il bromuro, la valeriana, ecc.

(E. Zak. *Wien. Klin. Woch.*, n. 39, sett. 1927).

M. FABERI.

Il trattamento dell'ipertensione.

J. P. O' Hare (*Amer. Heart Journ.* 1927, p. 510) si occupa dell'ipertensione vascolare, spesso di origine ereditaria ed aggravata da un lavoro esagerato e da fatiche intellettuali.

Profilassi. — Nelle famiglie predisposte ai disturbi vascolari, i ragazzi debbono evitare ogni sforzo fisico e mentale e l'obesità; specialmente in quelli con instabilità vascolare e tendenza alle emorragie. Si dovrebbe evitare il matrimonio fra gli ipertèsi.

Cura. — L'ipertensione va trattata, sia perchè la pressione è generalmente troppo elevata, più di quanto esigerebbe un semplice compenso, sia perchè, più elevata è la pressione, più rapida è l'arteriosclerosi.

Diversi sono i fattori che influenzano l'ipertensione; stato del miocardio, viscosità sanguigna, grado di arteriosclerosi, grado di vaso-costrizione o dilatazione. La cura deve rivolgersi soprattutto allo stato di vaso-costrizione, di cui le cause primordiali sono: influenza nervosa, tossine microbiche, sostanze chimiche note (guanidina) od ignote.

Si dovrà, di conseguenza, diminuire lo sforzo fisico e mentale, aumentare i periodi di riposo ed imporre un regime moderato di calorie, povero di proteine, di sali e di acqua. La costipazione sarà accuratamente evitata.

Medicamenti. — 1) Sedativi: bromuri, cloralio, luminal, talora anche gli oppiacei.

2) Joduri, specialmente i composti organici; sono di uso corrente, ma sembrano poco attivi, salvo in casi a Wassermann positiva.

3) Poco attivi sembrano pure gli ipertensori: cloruro di calcio, solo od associato all'atropina, al vischio, ai nitriti; questi ultimi sono utili per il sollievo sintomatico dell'angor e dei crampi agli arti.

4) La digitale può sempre essere somministrata se il cuore la reclama, qualsiasi il grado di ipertensione. I salicilati sono indicati nelle emicranie da ipertensione; il vischio è consigliabile nelle emicranie, vertigini, disturbi cerebrali.

5) l'idroterapia calda può, per vaso-dilatazione, diminuire la pressione arteriosa. Il salasso eviterà le emorragie cerebrali; la puntura lombare potrà diminuire le emicranie, il delirio, le manifestazioni cerebrali. Il latte ed il tè potranno essere utili nelle insonnie e nelle emicranie, che si manifestano di buon mattino.

6) Fra gli estratti d'organi, sono consigliati: quello ovarico (ipertensione della menopausa), quello paratiroideo e quello epatico, che è tuttora discusso, ma che sembra avere realmente una certa azione, diminuendo l'ipertensione.

fil.

Un nuovo medicinale cardiaco: il marrubio bianco; sua azione sulle estrasistoli.

Pages e Comte (*Bull. de la Soc. Sciences Méd. de Montpellier*, n. 9, settembre 1927) osservano che, secondo Mackenzie, la terapia delle estrasistoli è così difficile che sarebbe meglio non tentarla neppure. Anche Vaquez è pessimista, tuttavia la chinidina ha dato a Lian qualche successo incoraggiante. Gli AA. avrebbero scoperto casualmente un rimedio efficace. Somministrando in un vecchio 78enne, un preparato a base di marrubio bianco (*Marrubium vulgare linneus;* erba comune nei luoghi incolti, appartenente alla famiglia delle labiate, usato dal popolo in infuso contro la tosse, conterrebbe come principio attivo una sostanza amara, la marrubina. *N. d R.*) contro la diarrea videro cessare del tutto un'aritmia estrasistolica da cui il P. era da lungo tormentato. Provarono il rimedio in molti altri casi ottenendo dei risultati similmente favorevoli. Il meccanismo farmacodinamico non è ancora chiaro. Gli AA. fanno varie ipotesi ma riconoscono che nessuna di queste merita ancora di essere accettata. Non può escludersi una azione diretta sopra il miocardio. È certo che l'estratto di Marrubio bianco alla dose di gr. 0,50-1 al giorno ha un'azione favorevole sulla aritmia estrasistolica. Non vi sono controindicazioni di sorta e non vi è pericolo ad aumentare anche di molto le dosi.

L. TONELLI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Alterazione degenerativa ed alternanza funzionale nel parenchima epatico.

Molti anni or sono Claude Bernard basandosi su ricerche fatte sul fegato, rene, pancreas, glandole salivari stabilì la legge detta della alternanza funzionale, secondo cui la funzione secretoria è intermittente. Molto studiati da questo punto di vista sono stati i reni, ma gli esperimenti sul fegato in riguardo a questa legge sono rari; mentre se ne potrebbero forse cavare delle conclusioni interessanti per le localizzazioni dei processi degenerativi nelle tanto complesse epatiti ed epatosi.

Muggia (*Archivio per le scienze Mediche.* Vol., XLIX, n. 15), riprende queste ricerche su: 1) ratti

inoculati con sostanze coloranti; 2) su ratti intossicati con veleni batterici (difterite) e chimici (sublimato e arsenico); 3) su ratti inoculati contemporaneamente con le due serie di sostanze. Egli faceva sempre un esame a fresco del fegato e in questo notò che la cellula epatica normale si presenta distintamente granulosa. Dalle ricerche con sostanze coloranti risulta che i granuli colorati compaiono in certi periodi dopo l'iniezione, e soltanto in una parte del protoplasma cellulare, e non in tutte le cellule. L'A. ritiene che la colorazione dei granuli rappresenti una particolare reazione in rapporto con particolari e non continue funzioni dei granuli stessi. Anche nella serie di esperienze con sostanze tossiche risultà che le lesioni che si riscontrano bene evidenti nelle cellule (rigonfiamento, riduzione dei granuli, comparsa di gocciole endocellulari lucenti ecc.), non si verificano che in alcuni gruppi di cellule neutre, altre conservano i loro caratteri normali: onde l'A. conclude che anche quando il veleno è regolarmente distribuito a tutto l'organo col sangue circolante, non agisce ugualmente con la stessa intensità, ed anzi rispetta un certo numero di elementi e loro gruppi, mentre in altri ha già cagionato l'estrema rovina.

Dall'insieme di queste interessanti ricerche si può concludere: 1) resta confermato il concetto di Claude Bernard della alternanza funzionale; 2) si può mettere in rapporto la localizzazione dei fenomeni degenerativi che si manifestano in seguito a gravi intossicazioni, con l'attività funzionale alternante del parenchima; 3) tutto ciò può bene rendere comprensibile il ben noto fatto della ineguale comparsa di processi degenerativi nelle più svariate forme di epatiti ed epatosi.

L. TONELLI.

Patogenesi dell'ittero.

L'ittero può avere due origini: una dal fegato, l'altra indipendente da tale organo. Esso deriva da alterato metabolismo della bilirubina che si accumula nel sangue, sia in seguito ad impedito deflusso della bile, sia perchè fabbricata in eccesso dalle cellule del sistema reticolo-endoteliale specie della milza e del fegato. I sali biliari a differenza della bilirubina, sono elaborati solamente dal fegato, cosicchè se vengono trovati negli organi di un itterico, si può senz'altro parlare di un ittero epatogeno sia esso meccanico o funzionale.

Secondo Van der Bergh esisterebbero due specie di ittero: in un caso esso deriva dal riassorbimento della bilirubina che non può essere eliminata a causa della ostruzione delle vie biliari; nell'altro caso è prodotto da bilirubina formata non dalle cellule del fegato e non passata per esso.

A queste conclusioni giunse ricercando la bilirubina nel siero di sangue mediante la diasoreazione di Ehrlich; tale reazione sarebbe immediata di fronte a bilirubina di origine epatica, sarebbe invece ritardata in presenza a bilirubina non fabbricata dalle cellule del fegato.

Heyd, Killian e Klemperer (*Surg. Gynec. and Obst.*, 1927, n. 4) hanno studiato il comportamento della colesterina nel sangue degli itterici ed hanno riscontrato che nell'ittero di origine meccanica la colesterina è aumentata nel siero; mentre che nell'ittero di altra origine, la colesterina è contenuta nel siero in quantità normale.

All'aumento di colesterina corrisponderebbe una diazoreazione immediata; alla colesterinemia normale una diazoreazione ritardata.

Degli itteri non di origine meccanica, gli autori fanno due gruppi e così anche in accordo con McNee distinguono tre tipi di ittero: 1) ittero da ostruzione delle vie biliari; 2) ittero da infezione epatica od ittero tossico; 3) ittero emolitico.

In ultimo gli AA. parlano della genesi della urobilinuria negli itterici: essa manca nelle ostruzioni complete delle vie biliari perchè in tali casi la bilirubina non passando nelle feci, non si ha formazione di urobilina che, come si sa, trae origine dalla scomposizione della bilirubina nell'intestino. Si ha invece urobilinuria nelle ostruzioni complete e in tutti quei casi in cui la cellula epatica lesa permette alla urobilina di passare in circolo e di essere eliminata con le orine.

VICENTINI.

Influenza della bile sulla digestione pancreatica dei proteidi.

S. Matsakura (*Proceed. of Imperial Academy*, ottobre 1926) ha osservato che la digestione pancreatica dei proteidi si inizia in assenza di bile: la bile dapprima inibisce tale digestione, ma poi ne prolunga l'azione.

DORIA.

Rapporti tra litiasi biliare e colesterol.

F. S. Fowweather e G. A. Collinson (*British Journal of Surgery*, aprile 1927) hanno dimostrato in 35 casi di colelitiasi su 75 (46,7 %) un aumento definito del colesterolo nel sangue; solo in 4 casi questo era al disotto del normale, ma la riduzione non andava mai sotto 0,11 %. Su 58 casi in cui fu determinato anche il contenuto di calcio, si trovò aumentato in 19 (32,8 %); in due soli casi fu al disotto del normale.

V.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Dieta scarsa in sostanze proteiche e urea nell'urina. — Al dott. F. B. da N.:

L'azoto eliminato con le urine, anche quando la quantità di proteine ingerite è inferiore al bisogno minimo (g. 0,60-0,50 per kg. di peso), non discende mai al disotto della quantità corrispondente al consumo minimo estremo. In tal caso, la quantità di azoto eliminato è superiore a quella dell'azoto ingerito. Nemmeno nel digiuno assoluto l'urea discende a zero, poichè, quando l'apporto di proteine è insufficiente, si ha produzione di urea per disassimilazione dei tessuti (origine endogena).

G. Cavallero in una convalescente di tifoide trovò l'eliminazione di g. 0,125 di azoto per kg. di peso, mentre l'introduzione di azoto delle proteine era di g. 0,033. La paziente pesava 32 kg., sicchè, calcolando in urea i dati dell'azoto, si aveva un'eliminazione di g. 0,27 di urea e cioè un totale di g. 8,04. *Tutti questi dati vanno riferiti alle 24 ore.* Va poi tenuto presente che, mentre in condizioni normali l'urea rappresenta l'88-90 % dell'azoto totale eliminato, in condizioni di deficit proteico, essa rappresenta solo il 60 %, quindi le cifre reali dell'urea debbono ritenersi ancor più basse.

Quando poi vi sia un processo nefritico, l'individuo può anche arrivare al punto di essere incapace di eliminare le scorie azotate del fabbisogno minimo di albumina e quindi le cifre dell'azoto (rispettivamente dell'urea) sono ancora più basse.

I dati e le considerazioni di cui sopra si riferiscono sempre alle urine delle 24 ore. È noto però che, quando il filtro renale è incapace di eliminare le scorie ad una certa concentrazione, l'organismo vi supplisce con una maggiore eliminazione di acqua (poliuria). In tal caso, la quantità delle sostanze disciolte si abbassa moltissimo, sicchè l'urea può arrivare al 6 per mille ed anche meno. Il semplice criterio del dosamento dell'urea, senza riferirsi alla quantità totale delle 24 ore, è quindi fallace, poichè la quantità di urea complessivamente eliminata nel maggior volume di urina può avvicinarsi alla norma. Ricerche di tal genere necessitano sempre un bilancio (sia pure approssimativo) dell'entrata (quantità di proteine ingerite) e dell'uscita (azoto totale ed ureico); invece i dati desunti da una semplice analisi di urina, senza conoscere bene la dieta del malato, non possono che avere un valore indiziario.

fil.

Al dott. G. C., da C.:

Qualunque persona autorizzata all'esercizio della medicina dalla laurea (prima del 1924) o dall'esame di Stato (dopo tale anno) può aprire un Gabinetto dentistico ed esercitarvi l'odontoiatria e la protesi dentaria, pur essendo sprovvisto di qualsiasi titolo inerente a tale specialità. Gli è vietato soltanto di arrogarsi il titolo di specialista che è riservato, sinora, ai docenti della materia e a coloro che hanno conseguito questo titolo nelle scuole postuniversitarie di perfezionamento.

La legge votata dal Parlamento nel giugno scorso sulla disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie prevede (art. 2) l'istituzione di corsi di insegnamento della odontotecnica, ma sinora essi non sono stati istituiti.

C. C.

Al dott. R. Mott Erle, da Vicenza:

In italiano sulla diatermia solo traduzioni (Bucky, ad es., Frat. Treves); in francese il Bordier. Anche per l'elettroterapia mancano trattati in italiano; in francese Guilleminot (ed. Masson).

Un libro completo di elettroterapia e delle varie branche della elettricità nella medicina verrà pubblicato in italiano per gli auspicii della Società di Attinoterapia per le onoranze Voltiane (per la prenotazione: dott. Coniglio, Como, Lungo Lario Trento).

E. Milani.

All'abb. n. 6797:

Nel n. 20 del corr. anno abbiamo riassunto con esattezza i termini dell'accordo italo-britannico per l'esercizio della medicina. Poichè l'Australia e il Canadà sono « Dominions » inglesi devono rientrare nell'accordo; tuttavia per informazioni più dettagliate su casi speciali, è bene rivolgersi ai Consolati della Gran Brettagna.

A. C.

Al dott. A. F. da S., abb. n. 7305:

Consulti: L. Patrizi. *Nuove ricerche sperimentali di psico-fisiologia del lavoro manuale ed intellettuale.* Soc. Tip. Modenese. Modena, 1923. C. Rubino. *L'organizzazione igienico-sanitaria del lavoro professionale.* Stab. Tip. Papini. Genova, 1919.

fil.

Al dott. O. J. da S.:

Consulti: Langeron. *Précis de microscopie.* Masson ed. Paris.

fil.

Al dott. N. M. da F., abb. n. 12560:

Consulti: Per la ginecologia: Spinelli. *Manuale di terapia medica ginecologica e di piccola chirurgia vaginale*, Idelson ed. Napoli, nonchè gli *Elementi di Ginecologia* di P. Gaifami. Pozzi ed.

Roma. Per l'oculistica e l'otorinolaringoiatria, veda i volumi di DE VINCENTIS e di BILANCIONI, recentemente editi da L. Pozzi, Roma.

Per *togliere la ruggine ai ferri chirurgici*, provi a tenerli immersi in olio di paraffina per qualche tempo, ripulendoli poi accuratamente. Meglio vale però prevenirla, tenendo i ferri in ambiente asciutto, fra cotone idrofilo da cambiarsi ogni tanto ed asciugandoli accuratamente ogni volta che si usano.

L'*enterovaccino antitifico* (tifo e paratifo) può essere usato senza timore di inconvenienti in chiunque.

L'imballaggio di un microscopio si fa usando la relativa cassetta, in cui si introducono dei cuscinetti di cotone non idrofilo (avvolto in carta velina) in modo da zaffare tutti gli spazî vuoti. La cassetta va poi introdotta in un'altra di legno comune, più grande, in cui si riempie l'intercapedine con fieno, trucioli o simile materiale.

fil.

VARIA.

Le applicazioni della fisiologia allo studio degli strumenti musicali.

La preparazione tecnica per l'esecuzione musicale, specialmente per gli strumenti più difficili o complessi, come il violino ed ancor più il pianoforte, consiste, come è noto, nella continua ripetizione delle più varie combinazioni di note, allo scopo di ottenere scioltezza, uguaglianza di tocco, indipendenza delle dita ed agilità. Fin dal primo giorno, le mani dell'allievo sono messe sulla tastiera, facendogliele tenere in una data posizione e seguendo delle regole che, talora, sono in contrasto con i postulati dell'anatomia e della fisiologia. Una di esse è, p. es., per il piano, la immobilità delle mani nella maggior parte dei passaggi; tutto deve essere ottenuto per la sola azione delle dita, di cui i muscoli ed i tendini vengono così sottoposti ad un lavoro eccessivo, che potrebbe in gran parte venire risparmiato con l'uso di movimenti di altre parti dell'arto superiore, specialmente con la rotazione del polso che permette anche di ottenere una maggior uguaglianza di tocco.

Alcuni, dotati di particolari attitudini, riescono abbastanza facilmente; molti altri invece, di volontà tenace ma di mano meno adatta, si sforzano per vincere le difficoltà e le superano a grande stento, spesso a prezzo di crampi e sinoviti. Per eliminare l'ostacolo creato all'indipendenza dell'anulare e del mignolo (la disperazione del pianista) dall'espansione tendinea che collega i tendini estensori di queste due dita, alcuni (fra questi Schumann) sono arrivati a far togliere chirurgicamente tale espansione senza ottenerne risultati migliori.

D'altra parte, molti allievi, che devono ripetere diecine di volte gli esercizî preparatorî, se non sono sostenuti da una buona dose di volontà, si annoiano mortalmente, sicchè eseguiscono alla meglio tali esercizî senza porvi alcuna attenzione, magari leggendo frattanto un libro, sicchè manca in tal modo l'utilità psicofisiologica, che permette di « creare » le nuove vie di conduzione. Lo studio riesce per tal modo faticoso e lungo, tanto che il programma degli Istituti musicali per lo studio del pianoforte comprende nove anni e non è detto che, alla fine di questi, l'allievo consegua sempre l'ambito diploma.

Egli è che, come giustamente osserva G. Demeny nel suo aureo libro « Mecanisme et éducation des mouvements » (F. Alcan Paris), tali metodi di insegnamento sono basati sopra un empirismo dannoso e meschino, mentre dovrebbero inspirarsi ai lavori dei fisiologi per arrivare più rapidamente a risultati migliori.

Anche la tecnica dell'operaio si è venuta trasformando sotto l' impulso dell' organizzazione scientifica del lavoro, da un lato, e degli studî dei fisiologi dall'altro. Sono note le belle ricerche di Amar sul lavoro alla morsa e specialmente su quello di lima, che hanno condotto ad adottare posizioni e movimenti razionali, ottenendone minore dispendio di forze e maggiore rendimento.

Non altrimenti va trattato lo studio degli strumenti musicali, che per assurgere all'arte deve basarsi sulla tecnica. Ed ecco che, invece di infliggere con ripetizioni prolungate di esercizî di ogni specie, di cui l'effetto è ignoto e comunque non dimostrabile, viene logico di incominciare dapprima l'educazione dei diversi movimenti delle dita, del polso, del braccio, in modo non solo di assicurare l'indipendenza, ma di aumentare la forza. I movimenti che si fanno sul pianoforte sono di un'ampiezza ristretta e quindi di un effetto limitato per quanto riguarda l'acquisto della forza e la scioltezza del movimento stesso.

Lo stesso Demeny ha accennato, nel libro citato, ai movimenti preparatorî che si dovrebbero eseguire e ne ha studiato particolarmente l'applicazione allo studio del violino. Per il pianoforte, hanno seguito questo indirizzo, la Jaell, T. Matthay, Steinhausen ed altri. Un nostro maestro, E. Paccagnella (1) lo ha perfezionato, eri-

(1) *Metodo per lo studio del pianoforte.* In 4 volumi. Pubblicazioni della Rivista « Nuova Didattica e Pedagogia musicale », Milano, via Rovello 19.

gendolo ad un vero metodo sistematico, che prende le sue radici nel movimento *intelligente* dei muscoli e si espande fino alle vette dell'espressione artistica, la quale è legata in modo indissolubile al primo.

Il Paccagnella incomincia il suo insegnamento con veri esercizî di ginnastica generale del busto, delle spalle, delle braccia, del polso; movimenti ampi che mettono in funzione molte masse muscolari e muovono ampiamente le articolazioni.

Interessanti sono i movimenti particolari per le dita, che partono dalla posizione di pugno e fanno slanciare le dita nell'ordine prescritto. Bisogna che nel cervello si formi l'immagine del movimento, spesso tutt'altro che semplice, prima di dare l'impulso motore, ciò che fissa l'attenzione dell'allievo e gli facilita poi il necessario acquisto della desiderata indipendenza delle dita.

Seguono poi numerosi esercizî di percussione, da farsi tutti sul tavolino, combinati in modo da abituare le mani a qualsiasi spostamento e graduando il peso e la forza, ottenendone la massima varietà di timbri e d'intensità, basi della espressione sonora. Non è soltanto l'indipendenza delle dita che si ottiene in tal modo, ma è soprattutto l'educazione del senso muscolare, che facilita poi di molto l'applicazione al piano.

Soltanto in questo momento, quando cioè l'allievo ha acquistata la padronanza dei suoi movimenti ed ha aumentata la forza dei suoi muscoli e l'elasticità delle sue articolazioni, viene messo al pianoforte. Sgombrato così il terreno dalla necessità di educare e sviluppare i muscoli, il P. può qui dare degli esercizî che, perfezionando il tecnicismo, sviluppano al tempo stesso il senso armonico e, cosa poco curata generalmente dai metodisti e dagli insegnanti, dà grande estensione allo studio del pedale.

In seguito, con l'applicazione del tocco, insegna ad eseguire una raccolta di composizioni in ordine progressivo di difficoltà; lo studente impara ad osservare continuamente sè stesso nell'esplicare il grado di forza, di sensibilità, di percezione. È appunto questo studio *cosciente* che ha la massima importanza per ottenere i migliori risultati. Il continuo controllo dell'attenzione, il bisogno della precisa volontà per eseguire i movimenti danno un'educazione più rapida e più profonda: si comprende quindi come il corso di nove anni degli Istituti sia ridotto con questo sistema a soli quattro, con non piccolo vantaggio per gli allievi e per le famiglie.

Il metodo è poi molto adatto per gli Istituti, prestandosi nella sua prima parte all'educazione in gruppo, anzi traendone giovamento.

Gli stessi principî potrebbero bene applicarsi allo studio di altri strumenti, ideando p. es., degli esercizî sistematici di respirazione e dei muscoli buccinatori per gli strumenti a fiato.

Non è qui il luogo di discutere sul valore artistico di questa riforma dell'insegnamento. Ci basti insistere sul suo significato e sul suo fondamento psico-fisiologico. Ad esso i seguaci dei consueti sistemi faranno certamente le stesse obbiezioni che fanno, o meglio facevano, i sostenitori della ginnastica con gli attrezzi al metodo che si chiama svedese, che ormai si è vittoriosamente imposto, dimostrandosi il più adatto per lo sviluppo armonico del corpo.

La sostituzione del vieto empirismo con la pedagogia scientifica, basata sulle nozioni del funzionamento della macchina umana, non può che essere utile in tutti i campi del lavoro e dell'istruzione, per ottenere, con maggiore rapidità, un rendimento migliore. A. FILIPPINI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

Nuovo regolamento per la visita sanitaria delle carni.

È stato approvato, con decreto 21 luglio 1927 n. 1586 (*Gazz. Uff.* n. 215), un nuovo regolamento per la vigilanza sanitaria delle carni. Ne segnaliamo alcune delle disposizioni più importanti.

La macellazione degli animali deve essere eseguita nei pubblici macelli; soltanto in via eccezionale e quando fondati motivi giustifichino il provvedimento, può essere consentita dall'autorità comunale la macellazione per uso privato od a scopo industriale, anche fuori del pubblico macello, con le norme e le garanzie stabilite dal regolamento stesso. Nei Comuni non ancora provvisti di macello, la macellazione deve eseguirsi in appositi locali, riconosciuti idonei dall'autorità comunale. Ma i Comuni stessi saranno obbligati d'ufficio alla costruzione di un macello pubblico.

Speciali norme sono stabilite per i macelli di capoluogo di provincia e quelli di notevole importanza: reparti per macellazione di urgenza; frigorifero; spaccio per la vendita delle carni di bassa macelleria, ecc.

La direzione ed ispezione sanitaria dei macelli devono essere affidate ai veterinari municipali. Nei Comuni sprovvisti di servizio veterinario, le ispezioni delle carni da macello devono farsi dai veterinari dei Comuni viciniori o da un veterinario libero esercente debitamente incaricato o, *quando ciò non sia possibile*, dall'ufficiale sanitario.

Segnaliamo la innovazione che da queste norme risulta agli effetti della competenza per la ispezione delle carni.

L'art. 7 del regolamento riguarda le forme della nomina del direttore dei macelli: concorso, terna.

Il titolo II comprende rigorose norme circa la ispezione degli animali e delle carni: dall'art. 9 al 28. Si tratta di disposizioni che hanno contenuto prevalentemente tecnico. Non le riportiamo per necessità di spazio.

Seguono poi disposizioni per gli spacci di carne fresca, congelata ecc. (titolo III), per il trasporto delle carni (titolo IV), pèr le carni di bassa macelleria la quale deve essere di regola esercitata direttamente dal Comune (titolo V), per i laboratori di carne insaccata, in iscatole, ecc. (titolo VI); per i pollami e la selvaggina, che sono pure sottoposti al controllo del veterinario (titolo VII) e per le contravvenzioni, (titolo VIII).

Il regolamento contiene un complesso di norme molto importanti.

Provvedimenti per il chinino di Stato.

Con decreto 21 luglio 1927 n. 1502, pubblicato nella *Gazz. Uff.* n. 198, è stata soppressa la Commissione di vigilanza sul servizio del chinino di Stato. I prezzi dei sali di chinino per lo spaccio al pubblico e quelli di favore per la vendita degli enti pubblici e privati che ne fanno la gratuita distribuzione, per la lotta contro la malaria, sono determinati dal Ministero delle Finanze. Alla erogazione dei sussidi e premi per diminuire le cause della malaria, provvede il Ministero dell'Interno. Le somme non impegnate alla fine dell'esercizio finanziario saranno conservate ai residui e potranno essere erogate negli esercizi successivi.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XLII. — Dispensa dal servizio di medico di reparto.

I provvedimenti disciplinari stabiliti per i medici di reparto delle FF. SS. sono: la censura, la sospensione dal servizio e la revoca dall'ufficio. La dispensa dal servizio ha carattere di provvedimento amministrativo deliberato per esigenze e nell'interesse dell'amministrazione, non già diretto a punire chi sia colpevole di fatti accertati a suo carico. Le indagini che deve fare la Commissione istituita dall'art. 49 del regolamento 31 dicembre 1913, sono prescritte quando si tratti di revoca del medico di reparto, cioè quando si provveda per fatti punibili per via disciplinare e non quando sia deliberata la dispensa dal servizio. Il decreto ministeriale 3 dicembre 1925 non ha innovato all'art. 43 del regolamento 1913; rimangono quindi distinti, per causa e natura, i provvedimenti di revoca e di dispensa.

Qualora si provveda alla dispensa di un medico di riparto non si deve osservare la procedura stabilita, per casi identici o analoghi, dalla legge o dal regolamento sullo stato giuridico degli impiegati civili o governativi, poichè i medici di riparto non hanno qualità di impiegati, come risulta dall'art. 1° del decreto legge 8 gennaio 1925 n. 34.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

L'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi.

La *Gazzetta Ufficiale* pubblica il R. Decreto-legge 27 ottobre 1927, n. 2055, relativo all'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi.

Il decreto stabilisce fra l'altro che è obbligatoria l'assicurazione contro la tubercolosi per le persone di ambo i sessi che sono assicurate contro la invalidità e la vecchiaia e per le persone della gente di mare contribuenti alla Cassa degli invalidi della Marina mercantile.

Restano ferme, anche per l'assicurazione contro la tubercolosi, le eccedenze stabilite per l'assicurazione contro la invalidità e la vecchiaia.

L'assicurazione ha per iscopo di provvedere a favore degli assicurati e delle persone di loro famiglia al ricovero: *a*) in speciali luoghi di cura a tipo sanatoriale, ospedaliero sanatoriale e post-sanatoriale; *b*) in istituzioni ospitaliere legalmente riconosciute, le quali abbiano speciali e separati locali atti ad assicurare agli aventi diritto un isolamento ritenuto conveniente dall'autorità sanitaria provinciale.

Quali componenti della famiglia si intendono: la moglie dell'assicurato, il marito invalido di donna assicurata, i figli legittimi o naturali nonchè i fratelli e sorelle conviventi ed a carico, gli uni e gli altri di età non superiore ai 15 anni. Sono equiparati ai figli gli esposti regolarmente affidati.

Il diritto alle prestazioni si acquista quando risultino corrisposti almeno 12 contributi quindicinali nei due anni precedenti la domanda di ricovero. Si provvede agli scopi sopra indicati con il contributo degli assicurati e con quello dei datori di lavoro. I contributi sono stabiliti in relazione alla retribuzione percepita dall'assicurato, nella misura seguente:

Prima classe di retribuzione giornaliera, fino a L. 8, contributo quindicinale a carico dell'assicurato: L. 0.50; a carico del datore di lavoro: L. 0.50. Seconda classe di retribuzione giornaliera, oltre L. 8, contributo quindicinale, a carico dell'assicurato: L. 1; a carico del datore di lavoro: L. 1.

L'accertamento delle condizioni per il diritto alle prestazioni è fatta dalla Cassa nazionale per le assicurazioni sociali. Il ricovero degli assicurati è ordinato, salvo che non sia disposto in via di urgenza, dalla Cassa nazionale sentito il Consorzio antitubercolare della provincia in cui risiede l'assicurato.

Contro il rifiuto di concessione delle prestazioni è ammesso il ricorso al Comitato speciale, che delibera sentito il Consorzio antitubercolare predetto, nei casi in cui la prestazione abbia per oggetto il ricovero e la cura dell'assicurato.

Gli assicurati i quali abbiano persone di famiglia a carico, hanno diritto, in caso di ricovero, ad una indennità giornaliera ragguagliata alla classe di contributo per la quale negli ultimi sei mesi è stato eseguito il maggior numero di versamenti quindicinali, nella misura seguente:

Classe prima di contributi: indennità giornaliera L. 4.

Classe seconda di contributi: indennità giornaliera L. 6.

Le prestazioni dell'assicurazione, in caso di mancanza di disponibilità di posti negli istituti appresso indicati possono essere sostituite dalle seguenti: *a*) ricovero presso istituti del tipo di cui alle lettere *a*) e *b*); *b*) cura a domicilio nei modi e nei limiti che saranno fissati dal regolamento; *c*) indennità giornaliera anche durante la cura a domicilio.

La Cassa nazionale provvede alla costruzione ed arredamento degli istituti di cui alla lettera *a*) occorrenti per l'applicazione del decreto, anticipandone l'importo, di cui si rimborserà, con i relativi interessi, in un periodo non superiore ai venticinque anni, sul provento dei contributi corrisposti per l'assicurazione.

Presso la Cassa nazionale per le assicurazioni sociali è istituita per l'assicurazione contro la tubercolosi una gestione autonoma amministrata dal Consiglio di amministrazione della Cassa e da un Comitato speciale.

Per la risoluzione di tutte le controversie concernenti l'assicurazione di cui al presente decreto si applicano le disposizioni di cui al titolo V del R. Decreto 30 dicembre 1923, n. 3184.

Le disposizioni di cui agli articoli 39, 41, 42 e 43 del R. Decreto 30 dicembre 1923, n. 3184, relative alla vigilanza ed alle penalità, si applicano anche per l'assicurazione di cui al presente decreto.

Sono estese a tutti gli atti in dipendenza del presente decreto le esenzioni fiscali concesse da precedenti leggi e decreti per le assicurazioni gestite dalla Cassa nazionale per le assicurazioni sociali.

Il Governo del Re è autorizzato ad emanare, su proposta del Ministro per la Economia Nazionale di concerto con il Ministro per l'Interno, le norme regolamentari per l'esecuzione del decreto che entrerà in vigore alla data che sarà stabilita con

decreto reale, su proposta del Ministro per la Economia Nazionale.

Il decreto sarà presentato al Parlamento per la sua conversione in legge.

Il provvedimento emanato dal Governo Nazionale costituisce uno dei più grandi atti di previdenza e di profilassi contro la tubercolosi.

Il problema viene affrontato in pieno e risolto in modo completo e radicale.

Non solo viene assicurata la cura e l'isolamento dei tubercolotici, ma viene loro garantita un'indennità per il mantenimento dei familiari.

Gli assicurati contro l'invalidità e vecchiaia sono oggi 7 milioni, e poichè questi sono obbligatoriamente assicurati contro la tubercolosi e gli effetti di questa assicurazione si estendono anche alle persone di famiglia, si calcola che potranno avvantaggiarsene oltre venti milioni d'italiani.

Si prevede che gli assistibili saranno circa centomila, e che dovranno essere impiantati oltre ventimila letti.

Così la nuova assicurazione avrà altri benefici effetti indiretti: sollevare gli ospedali comuni dalle lunghe degenze dei tubercolotici.

I progetti di legge per l'assicurazione contro le malattie in genere hanno suscitato critiche giustificate, anche perchè gli esperimenti fatti in altri paesi non hanno dato lodevoli risultati.

L'assicurazione circoscritta contro una sola malattia, la più terribile, la più sociale *per la sua diffusione, per la sua durata, per la sua contagiosità, non può trovare che unanimità di consensi e di plausi.*

L'affrontare per ora la lotta contro una sola malattia garantisce larghezza di mezzi.

La nuova legge è congegnata in modo da attaccare il problema in tutti i suoi aspetti: sanitari, economici, sociali.

E sarà vanto dell'Italia di aver dato al mondo il modello di una legislazione assicurativa di vera e indiscutibile efficacia pratica.

DR.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASCOLI PICENO *R. Prefettura.* — Uff. san. di Fermo; titoli ed esami; ab. 23290; L. 15,000 e 5 quadr. dec.; indennità; divieto di eserc. profess. Tassa L. 50.15. Scad. 20 gen. Chiedere annunzio e informazioni al medico provinc., ovvero al segret. com. di Fermo.

BASCHI (*Perugia*). — A tutto 10 dic.; v. fasc. 46.

CARPI. *Congregazione di Carità.* — Assist. nell'Osped. B. Ramazzini; laurea da non oltre 3 anni; tassa L. 25.15; stip. L. 5000, c.-v., quota integrativa 10 % sullo stip. e 5 % atti operativi agli abbienti; se celibe alloggio; serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

CASTELNUOVO DI CONZA (*Salerno*). — Consorzio con Santomenna. Scad. 15 dic.; vedi fasc. 44.

CHIOGGIA (*Venezia*). — Scad. 10 dic. V. fasc. 48.

CINIGIANO (*Grosseto*). — A tutto 31 dic., per Monticello Amiata; L. 10,500 e 5 sessenni dec.; tassa L. 50 (50.15); docum. a 3 mesi dal 1° dic.; serv. entro 20 gg.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — A tutto 15 dic. V. fasc. 48.

GROSSETO. — Direttore della Sez. Medico-Micrograf. del Laborat. Provinciale d'Igiene e Profilassi. Scad. 31 dic. V. fasc. 48.

MELZO (*Milano*). *Ospedale di S. Maria delle Stelle.* — Assistente; a tutto 31 dic.; L. 6000 e c.-v.; alloggio ecc.; partecipaz. diarie e proventi. Preferenza: pratica negli esami di laborat. Serv. entro 10 gg.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Assist. del Gabinetto Radiologico dell'Ambulat. Com. e assist. dell'Ambulat. Com. Podoiatrico per i bambini delle scuole e per i pov. Scad. 10 dic. V. fasc. 48.

MONTESCUDO (*Forlì*). — Scad. 9 dic.; L. 10,000 e 10 bienni ventes.; indenn. cavalc. o autoveicolo L. 1000; per uff. san. L. 500.

NAPOLI. *Alto Commissariato per la Provincia.* — Uff. san. di Torre Annunziata; scad. 30 dic. V. fasc. 48.

NOVARA. — Ufficiale sanitario. Scad. 10 dic.; vedi fasc. 44.

PIEVE EMANUELE (*Milano*). — Scad. 15 dic.; con Opera; L. 10,500, oltre L. 1500 trasp.

POTENZA PICENA (*Macerata*). — 2ª cond.; a tutto 27 dic.; L. 8000 e 3 quadr. dec.; indenn. complement. 1/10 stip. base; L. 1200 mese supplenza obbligat.; L. 1000-2500 trasp.; età lim. 40 a.; se uff. san. L. 1200. Per altre condiz. chied. ann.

SAVONA. — Due med. cond. supplenti senza assegnaz. di zona; L. 5000 e 10 bienni ventesimo; c.-v Scad. 31 dic.

SPEZIA. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele III.* — A tutto 31 gen., medico primario. Chiedere copia avviso all'Ufficio di Segreteria.

VERCELLI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Biella; a tutto 20 dic.; vedi fasc. 46

VICENZA. *Amministraz. Provinciale.* — Scad. 15 dic. Vedi fasc. 45.

Ufficiali medici per le Colonie. — Il Ministero della Guerra acconsente che siano destinati nelle Colonie, ufficiali di complemento, che abbiano l'idoneità al servizio coloniale. La permanenza in colonia dev'essere di almeno anni due. Domande al Distretto Militare.

CONCORSI A PREMI.

Fondazione Perrando.

Secondo le disposizioni dello Statuto approvato con R. D. 1° maggio 1924, n. 737, è bandito il concorso al premio della « Fondazione Perrando » per l'anno 1928 alle condizioni seguenti:

1) Possono concorrere al premio tutti coloro che hanno conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia o in Giurisprudenza nell'ultimo quadriennio presso le Università di Genova, Pisa, Catania e Sassari.

2) Il premio verrà conferito al concorrente che avrà presentato il miglior lavoro nel campo delle discipline medico-legali con speciale riguardo alla legislazione e medicina sociale.

3) Le domande d'ammissione al concorso debbono essere presentate, in carta bollata da L. 2, al Rettore dell'Università di Genova entro il 15 novembre 1928 insieme col certificato di laurea e col lavoro in quattro esemplari, scritti a mano o a macchina. Nella domanda il concorrente indicherà la propria abitazione.

4) La Commissione giudicatrice sarà costituita da un professore stabile indicato dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia, da un professore stabile indicato dalla Facoltà di Giurisprudenza, e presieduta dall'insegnante ufficiale di Medicina Legale dell'Università di Genova.

Con giudizio motivato, che sarà inappellabile, la Commissione designerà al Rettore il vincitore del concorso.

5) Al vincitore del premio per l'anno 1928 sarà assegnata la somma di L. 1000.

6) Il premio è indivisibile.

7) Il vincitore del premio potrà concorrere, con altro lavoro, al premio che sarà conferito nel biennio seguente, purchè non siano trascorsi più di quattro anni dal conseguimento della laurea.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono trasferiti i proff.: Bernardino Lunghetti, di anatomia patologica, da Cagliari a Siena; Lodovico Marogna, di patologia chirurgica, da Sassari a Modena.

Il dott. Giuseppe Nisio di Bari ha conseguito la libera docenza in clinica urologica, svolgendo la tesi « Sui tumori della vescica ». La Commissione era composta dai proff. G. M. Fasiani presidente, L. Ferria e C. Bruni. Complimenti al neo professore.

Il prof. Trendelenburg, direttore dell'Istituto fisiologico di Tubinga, è stato chiamato a Berlino. A succedergli è stato chiamato da Greifswald il prof. Kohlrausch.

Il prof. Haffner, di Königsberg, è stato chiamato a dirigere l'Istituto farmacologico di Tubinga, in seguito al ritiro del prof. Jacobj, per limiti di età.

Nel fasc. 48, a pag. 1772, 2ª notizia di questa rubrica, leggere: 3° Lionetti Giovanni.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Inaugurazione dell'anno accademico all'Università di Firenze.

Firenze.

La mattina del 5 novembre ha avuto luogo la solenne inaugurazione dell'anno accademico 1927-1928. La cerimonia ha assunto carattere di maggiore importanza per la consegna del labaro universitario che un gruppo di gentildonne fiorentine ha offerto al nostro Ateneo.

Il magnifico rettore gr. uff. prof. Burci, inneggiando alla Patria, al Re, al Duce, ha portato il saluto inaugurale agl'intervenuti e con nobili espressioni ha commemorato i professori Pistelli, Scerbo, Roster, Comparetti, defunti nel decorso anno scolastico. Esponendo quindi il resoconto morale, statistico e finanziario dell'Università si è particolarmente compiaciuto del fatto che nessuno dei giovani in essa laureati è caduto alla prova dell'esame di Stato sostenuto presso le altre Università del Regno, il che fa fede del serio e severo indirizzo che viene dato agli studi. Ha messo in rilievo quanto è stato fatto per mantenere alta questa gloriosa tradizione scientifica e quanto ancora resta da fare onde provvedere alla prosperità e grandezza di questo grande centro culturale.

Il discorso del prof. Burci, sottolineato da vive approvazioni, è stato in fine calorosamente applaudito.

*
* *

Il « Collegio Medico Fiorentino », antichissima corporazione dal 1200 ad oggi, è stato il tema dell'interessante prolusione che il sen. prof. Gatti, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, ha letto in occasione della cerimonia inaugurale dell'anno accademico nel nostro Ateneo.

La vita e l'attività di questa antichissima istituzione, le cui origini risalgono oltre il 1200, in quell'epoca in cui le Corporazioni delle Arti ebbero tanta parte nello svolgimento della vita pubblica, sono state rievocate nella bella conferenza del prof. Gatti, che ha messo in rilievo l'importanza del Collegio stesso per i molteplici uffici cui era preposto, per la quantità delle mansioni di cui era investito. Al Collegio Medico, a capo del quale trovavasi un « Proposto » e dodici dottori dei « Fisici », era devoluta la sanzione dell'abilitazione all'esercizio della medicina, il qual fatto, che allora veniva detto la « matricola », può trovare oggi perfetta rispondenza nel nostro esame di Stato; facoltà della quale rimase investito fino al secolo scorso, poichè nel Granducato di Toscana tutte le matricole di abilitazione erano rilasciate dal Collegio Medico fiorentino anche quando gli studi erano stati seguiti in altre Università. Per opera del Collegio Medico, la cui attività si ricollega a quella dell'antichissimo Studio Fiorentino sorto nel 1321, e che per la medi-

cina ebbe la sua sede nell'Ospedale di S. M. Nuova, fu resa obbligatoria in molti casi l'esecuzione dell'autopsia, usanza che in quei tempi era seguìta solo in Italia, poichè nei paesi stranieri, quando veniva fatta, era da considerarsi come avvenimento più unico che raro; della qual cosa si avvantaggiarono moltissimo i cultori delle scienze anatomiche.

Pure al Collegio Medico, cui era devoluta la vigilanza sui medicamenti e le visite d'ispezione alle farmacie, si deve la compilazione di un elenco dei rimedi ufficialmente in uso, che si può a buon diritto chiamare la più antica Farmacopea. I pareri del Collegio erano poi tenuti nel massimo conto dai governanti in tutte le quistioni attinenti alla sanità pubblica, alla medicina militare, forense e veterinaria.

L'attività di questa antichissima istituzione andò col tempo restringendosi, specie quando nel 1770 fu soppressa, insieme con le altre, anche la Arte dei Medici, e quando vennero create altre istituzioni affini, tuttavia al Collegio Medico rimase ancora per molto tempo la propria autonomia e molte mansioni e prerogative, tra l'altre l'assegnazione di premi e legati. Poi, a poco a poco, dopo la creazione dell'Istituto di Studi Superiori, anche queste ultime prerogative decaddero, e vani furono gli sforzi dei suoi componenti per conservarle. Così che oggi, dato che nessuna ordinanza ha per anco soppressa questa istituzione, di cui nel 1914 esistevano solo alcuni membri, e per evitare un'indecorosa consunzione, sarebbe forse desiderabile chiudere ufficialmente e in maniera più degna la non breve e gloriosa vita del Collegio Medico.

P. C.

Inaugurazione della scuola Minich all'Ospedale civile di Venezia.

Venezia.

Il 3 novembre nella sala della Biblioteca dell'Ospitale civile di Venezia, venne con la consueta solennità inaugurato il corso 1927-28 della Scuola pratica di medicina e chirurgia di fondazione prof. A. Minich, ed il corso accelerato per medici condotti. La sala era stipata di autorità, di medici dell'Ospitale e della città.

Dopo una breve relazione del prof. Ligorio, direttore dell'Ospitale, sull'andamento dell'Ospitale, il prof. Fabio Vitali, medico primario, disse la prolusione sul tema: « De praesagenda vita et morte aegrotantium » (Prospero Alpino 1601). L'O. premessa l'importanza che ha pei malati e per i familiari dei malati la prognosi nel decorso delle malattie, dice che il primo medico dell'antichità che abbia fatto pronostici è Ippocrate. Da allora infinita è la schiera degli studiosi che portarono pietre all'edificio di cui il saggio antico aveva gettato le basi colla sua « Medicina prognostica ».

Ricorda l'aureo aforisma: che non vi sono malattie ma malati; quindi è l'individuo che bisogna anzitutto studiare, ed anche in questo si può dire che Ippocrate abbia scritto con preveggenza dei tempi. In epoca moderna due maestri della biologia il De Giovanni ed il Benedek fondarono la teoria della struttura e della costituzione fisica, e secondo questi due scienziati riguardo alla costituzione la massa degli uomini si può classificare in brevilinei e lungilinei, i primi come i fanciulli con sviluppo maggiore del cuore e dei visceri in confronto agli arti; i secondi all'inverso. Tra gli uni e gli altri ci sono i normotipi partecipanti di ambedue le caratteristiche. Vi sono anche altri fattori che hanno influenza sul decorso dei morbi.

Enumera i vari sintomi dai quali si può quasi sicuramente trarre il presagio fausto od infausto; ardua materia nella quale ha fatto testo un nostro medico del Cinquecento, Prospero Alpino, nato a Marostica nel 1553.

L'Alpino, dopo aver viaggiato in Italia ed in Egitto accumulando osservazioni e sapere, fu lettore dei semplici e poi direttore dell'Orto Botanico all'Università di Padova, egli fu un innovatore, un naturalista nel vero senso della parola, che si basava per i suoi studi solo sull'osservazione diretta.

Nel 1601 pubblicò il suo trattato: « De praesagenda vita et morte aegrotantium ». Facendo tesoro dei libri di Ippocrate e di Galeno, egli descrive i sintomi e studia di conseguenza i pronostici. Le funzioni principali dell'uomo sono tre: l'animale che risiede nel cervello, la vitale nel cuore, e la nutritizia nel fegato. Nel libro sugli studi sul polso e sul respiro si leggono osservazioni così acute che precorrono i tempi; così pure l'esame esterno dell'ammalato e delle sue parti è fatto con grande maestria. Tale opera diede il modello delle osservazioni per lo studio degli individui malati.

L'O., citati i grandi progressi fatti dalla scienza, dice che vi son molte cose che restano ancora sempre un mistero, l'importanza della scienza talora è supplita da risultati che colmano di stupore tanto il saggio che l'ignaro. La scienza del pronostico non deve perciò trascurare l'eredità di sapienza che ci è venuta dagli antichi.

Il prof. Vitali conchiude citando l'aurea massima che non bisogna sostituire inconsideratamente il vecchio col nuovo, ma contemperare e riunire l'uno e l'altro armonicamente.

A. DIAN.

NOTIZIE DIVERSE.

Scuola di Malariologia.

Il Capo del Governo così illustra, in una relazione presentata alla Camera, gli scopi dell'istituzione in Roma della Scuola Superiore di Malariologia:

« L'istituzione viene a innestarsi nello sviluppo sempre più intenso che il Governo Nazionale, sulla base delle più recenti conquiste scientifiche, è venuto imprimendo alla lotta contro la epidemia malarica e mira a costituire un centro di coordinazione e di propulsione della campagna che tenacemente si svolge con indirizzo strettamente localistico per la redenzione delle regioni infette. La nuova scuola attenderà contemporaneamente allo studio e alla soluzione dei molteplici e complessi problemi, sia per quanto riguarda la biologia sanitaria, sia per quanto riguarda la bonifica idraulica e agraria.

« Per il raggiungimento dei suoi fini, la scuola si varrà di lezioni, di esercitazioni, di cicli di conferenze, di visite e di escursioni nelle zone bonificate e in via di bonifica, e nelle zone infeste. Essa potrà valersi degli istituti dipendenti dalla Università e della Scuola d'ingegneria di Roma e di ogni altro istituto dipendente dai Ministeri interessati e provvederà ai propri insegnanti per incarico ».

Con altra relazione il Capo del Governo illustra il disegno di legge circa il provvedimento per la lotta contro i tumori maligni.

Congresso Ostetrico-Ginecologico.

Sarà il XXVI Congresso indetto dalla Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia. I congressisti inscritti saranno oltre 300. Sarà tenuto in Roma il 18-21 dicembre, al Policlinico Umberto I, nell'aula della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica. Sarà presieduto dal prof. sen. Ernesto Pestalozza, direttore della Clinica.

Sono già annunciate molte comunicazioni scientifiche e molte di pratica professionale ostetrico-ginecologica. Notevoli e causa di interessanti discussioni saranno le due relazioni scientifiche, affidate: la prima al prof. Aymerich (Perugia) sul tema: « Innesti ovarici »; la seconda al prof. Gaifami (Bari) sul tema: « Distacco prematuro di placenta normalmente inserta ».

Tutti i medici pratici sono invitati a partecipare al Congresso. Per tutti sono stabilite notevoli riduzioni di viaggio sulle Ferrovie dello Stato, che debbono esser richieste al Segretario del Congresso. Al Segretario pure debbono essere inviati i titoli delle comunicazioni scientifiche, che i congressisti intendono portare alle sedute e deve essere richiesta ogni informazione al riguardo.

Il Segretario: Prof. CESARE MICHELI.
Roma (27) - Via XX Settembre, 68.

I Congresso Internazionale di Oto-rino-laringologia.

Si riunirà a Copenaghen il 1° agosto 1928 e avrà come lingue ufficiali il francese, il tedesco e l'inglese.

Le questioni messe all'ordine del giorno sono le seguenti:

1) « Sull'operazione radicale parziale o conservativa nelle otiti medie suppurate ». Relatori: Neumann (Vienna), Tapia (Madrid).

2) « Setticemia di origine faringea ». Relatori: Ferreri (Roma), Uffenorde (Greifswald).

3) « La cura diatermo-chirurgica dei tumori maligni delle vie anteriori ». Relatori: Holmgren (Stockolm), Mackenzie (Londra).

4) « La struttura anatomica dell'orecchio medio e sua influenza sul decorso delle suppurazioni dell'orecchio ». Relatori: Mouet (di Montpellier), Wittmaack (di Amburgo).

L'iscrizione, che dà diritto ad un esemplare degli Atti del Congresso, è di 30 corone danesi, e deve esser inviata al tesoriere, dott. Georgen Moller (Lykkesholms Alle 8, Copenhague V) non più tardi del 1° maggio 1928.

Congresso internazionale sulla protezione della infanzia.

Questo Congresso, che fa parte della « Quindicina Sociale Internazionale », si adunerà a Parigi dall'8 al 12 luglio 1928; è organizzato dalla Lega delle Società della Croce Rossa, dall'Associazione Internazionale per la protezione della prima Infanzia, dall'Unione Internazionale di Soccorso ai Bambini e dal Comitato Nazionale dell'Infanzia, sotto la presidenza del sen. Strauss, ex-ministro dell'Igiene. Sarà ripartito in 5 Sezioni per ciascuna delle quali sono già fissati i temi di relazione: 1) Maternità; 2) Prima Infanzia; 3) Seconda Infanzia; 4) Servizi sociali; 5) Infanzia infelice e moralmente abbandonata. La quota per i titolari è di 60 franchi e dà diritto anche agli atti; per gli associati è di 30 franchi e dà diritto solo di assistere alle sedute, partecipare alle feste ed alle visite. Per qualsiasi informazione rivolgersi alla segreteria del Comitato organizzatore: Avenue Victor-Emanuel III, 37, Paris (VIIIe).

Scuola di perfezionamento in chirurgia presso l'Università di Roma.

La scuola ha la durata di cinque anni.

Gli iscritti (non meno di sei) hanno l'obbligo di frequentare il corso ufficiale di Clinica Chirurgica e le speciali conferenze ed esercitazioni loro destinate. Durante tutto l'anno, a turno, presteranno servizio nei diversi reparti dell'Istituto.

Gl'insegnamenti sono impartiti dai proff. Alessandri, Perez, Versari, Bonanome, Crainz, Valdoni, Matronola, Chiasserini, Bianchini, Brancati.

Per le iscrizioni la tassa complessiva è di L. 1250; per coloro che frequentano il 2° corso (iscrittisi nell'anno 1926-27) la tassa di frequenza è di L. 800. Per le altre condizioni chiedere il programma al direttore della Scuola, prof. Roberto Alessandri, R. Clinica Chirurgica, Policlinico Umberto I - Roma.

La Scuola di perfezionamento in Medicina legale e assicurazioni sociali in Genova.

Nel corrente anno accademico sarà tenuto presso l'Università di Genova il corso teorico-pratico per i medici aspiranti al diploma di perfezionamento in medicina legale e nelle assicurazioni sociali, secondo gli art. 44 e segg. dello Statuto ed in relazione al titolo di specialista di cui all'articolo 4 del R. D. 31 dicembre 1923, n. 2909.

Il corso ha la durata di due anni accademici e vi si possono iscrivere soltanto i laureati in medicina e chirurgia. A coloro che avranno seguito il corso e superate le prove d'esame sarà conferito il diploma di perfezionamento in medicina legale e nelle assicurazioni sociali.

Tasse: tassa annuale d'iscrizione L. 200; sopratassa annuale d'esami L. 100; tassa di diploma L. 100.

Durante l'anno accademico, ed in accordo coll'Istituto provinciale di Previdenza Sociale, sarà pure tenuto un corso speciale di medicina legale delle assicurazioni sociali della durata di due mesi, cui potrà iscriversi chiunque si interessi della materia. Agli uditori di questo corso sarà rilasciato un attestato di frequenza. La tassa unica per l'iscrizione a questi corsi è di L. 300.

Per informazioni e chiarimenti rivolgersi all'Istituto di Medicina legale della R. Università in via A. Bertani, n. 5, Genova.

Scuola Libera Medico-Chirurgica Napoletana.

Il 7 dicembre, alle ore 17, nell'aula della Scuola Libera (S. Aniello Caponapoli, n. 2), avrà luogo la seduta inaugurale del III anno accademico.

Il discorso inaugurale sarà tenuto dal prof. Vittorio De Bonis: « Sulla esistenza della forma filtrabile del virus tubercolare ».

Il Presidente della Scuola Libera, prof. Andrea Ferrannini, parlerà sul tema: « Continuità della impronta direttiva nella scuola medica napoletana ».

Nell'identico giorno verranno inaugurate nella Scuola Libera l'ampliata Sezione Ospedaliera Domenico Cotugno per degenti gratuiti, la Sala Anatomo-Patologica Angiolo Maria Maffucci, la biblioteca Gaetano Rummo aperta sino alle ore 23 e riscaldata, la Sezione Elioterapica Antonino Sciascia.

Il 9 dicembre, nella identica aula della Scuola Libera, alle ore 17, il prof. Vincenzo Mario Palmieri terrà la prolusione al Corso pareggiato di Medicina Legale sull'argomento « La funzione del medico nella organizzazione scientifica del lavoro ».

Corsi di perfezionamento medico a Berlino.

L'Associazione dei docenti di corsi di perfezionamento e l'Istituto Kaiserin Friedrich-Haus, con l'Assistenza della Facoltà Medica dell'Università di Berlino, hanno organizzato una serie di corsi permanenti, della durata di 2-4 settimane e di 2-3 mesi (eventualmente anche più), per i quali l'accettazione ha luogo in tutto l'anno; e una serie di corsi speciali, della durata di 8-14 giorni, in marzo e aprile, di: sinottica clinica e terapeutica, sinottica delle malattie della nutrizione, sinottica ostetrico-ginecologica, sinottica radiologica, e corsi particolari.

Gli uffici hanno sede al « Kaiserin Friedrich-Haus », Luisenplatz 2-4, Berlin N. W. 6.

Tra i periodici.

Segnaliamo un'ottima iniziativa della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, la pubblicazione del periodico « Le Assicurazioni Sociali », il quale è ora al terzo anno di vita. Interessa in larga misura la classe medica, sovratutto oggi che le assicurazioni sociali contro gl'infortuni, l'invalidità, la vecchiaia e le malattie vanno assumendo uno sviluppo sempre più poderoso.

L'ultimo fascicolo (n. 5) contiene un breve ma efficace articolo del ministro G. Belluzzo sull'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, altri pregevoli articoli di L. Pezzoli, V. Magaldi, J. Resch, F. W. Lawe, una copiosissima documentazione, notizie varie, ecc.

L'abbonamento importa L. 35 per l'Italia, L. 60 per l'Estero; numeri separati L. 7 e L. 12 rispettivamente. Rivolgersi alla Direzione, Corso Umberto I, 239, Roma; od alle principali librerie.

Onoranze al prof. Morselli.

Com'è noto, l'illustre prof. Enrico Morselli lascia l'insegnamento ufficiale avendo raggiunto il limite d'età pel collocamento a riposo. Oltre alle onoranze augurali già tributategli dai colleghi psichiatri, la Facoltà medica di Genova coll'adesione generale dell'Ateneo ligure, in occasione dell'inaugurazione dell'Anno accademico celebrata il 5 novembre, ha voluto fare all'insigne Clinico una simpatica dimostrazione di stima offrendogli un'artistica pergamena dettata dal prof. Beltrami. Parlarono applauditissimi il rettore Moresco, il preside prof. Canalis e rispose con eloquenti e commosse parole di ringraziamento il festeggiato.

Omaggio alla memoria di G. Gradenigo.

Per onorare la memoria dell'illustre maestro scomparso, il Ministero dell'Aeronautica ha decretato che il Centro psico-fisiologico per l'aviazione militare di Napoli venga intitolato al suo nome Giuseppe Gradenigo, che fu il fondatore e l'animatore di questi istituti fin dal tempo della grande guerra.

Inaugurazioue di anni accademici.

Alla solenne inaugurazione dell'anno accademico dell'Ateneo di Napoli, dopo la relazione del rettore magnifico prof. Arnaldo Bruschettini,

tenne il discorso inaugurale il prof. Umberto Pierantoni, di anatomia comparata, sul tema: « L'intelligenza negli animali ».

Per la vigilanza sanitaria delle carni.

La « Gazzetta Ufficiale » ha pubblicato il R. D. che approva il regolamento per la vigilanza sanitaria delle carni. Il regolamento consta di 62 articoli in 8 titoli.

Sulle speculazioni nelle assicurazioni contro gli infortuni del lavoro.

L'on. Silvio Gay ha presentato al Presidente della Camera un'interrogazione al Ministro della Economia Nazionale per conoscere il suo pensiero circa i provvedimenti diretti a troncare le vergognose speculazioni che tuttora si praticano nel campo delle assicurazioni contro gli infortuni del lavoro, in danno degli operai, dei datori di lavoro e degli Enti assicuratori, da parte di avvocati e di medici senza scrupolo.

Tassa proibitiva sui medici.

Nella provincia di S. Juan, della Repubblica Argentina, è stata imposta ai medici una tassa di esercizio professionale proibitiva, di 5000 pesos all'anno, corrispondenti a circa 40,000 lire — elevatissima anche per l'America — a meno che essi non si obblighino di prestare un certo numero di ore di servizio gratuito negli ospedali o nei dispensari. La tassa si risolve dunque in una forma coatta di sfruttamento professionale.

Lo strano è che l'attuale governatore della provincia (A. Cantoni) è medico; e medico era anche il governatore precedente (F. Cantoni).

A dispetto delle proteste generali da parte dei medici, la legge della provincia di San Juan non è stata revocata (le provincie dell'Argentina hanno il valore di Stati, con leggi autonome).

Essa però è stata portata avanti le Corti, come incostituzionale, e si attende una decisione. (Dal *Journ. A. M. A.*).

La sterilizzazione umana in America.

Il Tribunale Supremo degli Stati Uniti ha emesso un verdetto, in data 2 maggio u. s., con il quale sanziona la costituzionalità di una legge dello Stato di Virginia, legge che autorizza la sterilizzazione di certi deboli di mente, allo scopo di proteggere lo Stato contro il gravame di mantenere la prole di tali soggetti.

Il caso che provocò la sentenza, si riferisce ad una debole di mente la quale era stata raccolta in una Colonia per epilettici e per frenastenici; è figlia e madre di deboli di mente. Il Tribunale Supremo ha dichiarato di essere meglio per tutti che, invece di sperare nella rieducazione di una progenie degenerata, o di lasciarla morire per fame, sia meglio che la società ne impedisca la produzione. Il principio della vaccinazione obbligatoria — aggiunge la sentenza — vale a giustificare anche la resezione coatta delle trombe di Falloppio. (Dal *Journ. A. M. A.*).

Il 10 settembre u. s. moriva in Pisa CARLO FEDELI, nato nella stessa città il 4 novembre 1851. Egli dal 1894 resse la cattedra di patologia speciale medica della R. Università di Pisa fino al 4 novembre 1926 epoca nella quale, per i raggiunti limiti di età, fu collocato a riposo. Durante questo periodo di tempo diresse contemporaneamente l'Istituto di Patologia Medica da lui creato e portato, malgrado la deficienza di mezzi finanziari e difficoltà di ogni genere, all'importanza di altri Istituti già fondati e provvisti di risorse notevoli.

Laureato a Pisa a 22 anni in medicina e chirurgia, conseguì due anni dopo, una seconda laurea in scienze naturali a Firenze.

Nel 1876 nominato assistente di clinica medica a Pisa ricoprì tale carica fino al 1882. Libero docente di patologia medica nel 1878 fino al 1883 insegnò semeiotica medica e supplì il padre sen. Fedele Fedeli nell'insegnamento della patologia medica. Nel 1884 fu incaricato dalla Facoltà medica dell'insegnamento della patologia medica, istologia e chimica clinica, incarico che gli fu confermato dal Ministero della P. I.

Nel 1890 fu nominato direttore dell'Ospedale Galliera di Genova, ufficio cui rinunciò per rimanere all'insegnamento e, finalmente, con decreto ministeriale 25 dicembre 1894, egli venne nominato professore straordinario di patologia medica nella sua città natale ove rimase sempre, pure avendo conseguito l'eleggibilità ad ordinario a Palermo, Napoli, Catania, Messina, Siena e Perugia.

Promosso ordinario a Pisa, dette come si è detto un incremento notevole agli studi di patologia medica per novità di indirizzi, per serietà di ricerche e larghezza di dottrine, fondando una scuola da cui uscirono stimati docenti e professionisti egregi.

La sua attività scientifica e professionale si divise fra l'insegnamento a Pisa e l'opera scientifico-pratica a Montecatini ove fu vice-ispettore delle RR. Terme, dipoi ispettore in modo da continuare la tradizione paterna nel rendere più note e apprezzate le qualità terapeutiche di quelle acque termali.

In questo lungo periodo di attività, di pienezza delle sue facoltà fisiche ed intellettuali, il prof. Fedeli oltre ad avere insegnato con costanza, scrupolo, efficacia, ordine e chiarezza le dottrine inerenti al suo speciale insegnamento eseguì e pubblicò moltissimi lavori sperimentali e dissertazioni cliniche riferentisi ai più svariati argomenti di patologia medica clinica e terapeutica. Alcuni di questi lavori sono assolutamente di carattere biologico e di pura scienza naturale. Fra essi per la originalità ed il metodo sono da ricordarsi come tuttora di attualità anche alla stregua delle dottrine endocrinologiche moderne le ricerche sulla clorosi (« La teoria della clorosi », Vallardi, Milano 1897).

Fra gli altri suoi lavori, tutti importanti, merita speciale considerazione « La peritonite da

propagazione nella febbre tifoidea » che insieme con le ricerche contemporanee fatte, sotto lo stesso indirizzo, dal sen. prof. Queirolo, conclude una interessante questione di patologia e di clinica.

Ho citato solo questi lavori come i più caratteristici, perchè volendo enumerarli tutti, essendovene a diecine, sarebbe troppo lungo e fuor di luogo in questi brevi cenni biografici. Non bisogna però dimenticare l'attività e la competenza del prof. Fedeli oltre che nella patologia medica propriamente detta, anche nel vasto campo della idrologia e della storia della medicina, che insegnò, pure per lungo tempo, nella Università di Pisa. Provvisto di larga cultura delle scienze fisico-chimico-geologiche, egli dettò splendide lezioni di idrologia rese più interessanti e chiare dal contributo clinico personale del docente, talchè le lezioni stesse erano frequentate non solo da studenti ma da medici e cultori della scienza idrologica, con grande assiduità. Anche in questo ramo il prof. Fedeli fece ricerche molto interessanti e lasciò pubblicazioni notevoli.

Rispetto alla storia della medicina egli fu come ebbe a dire il Baccelli addirittura maestro, e nel lungo corso della sua carriera universitaria sentì sempre una speciale attrattiva per questa disciplina; e sia nel suo brillantissimo corso libero che impartiva quasi ogni anno, sia nei riferimenti storici nell'insegnamento della patologia, sempre richiamava in vita ed esponeva agli scolari le dottrine e la vita medica del passato con viva soddisfazione sua e degli ascoltatori. Anche in questo campo molto egli ha pubblicato e diciamo così riesumato e chiarificato molti punti oscuri e poco noti della Storia della medicina.

Anche di questa sua attività va tenuto conto perchè completa la figura di colto, erudito e geniale umanista dell'illustre scomparso.

Come tutte le persone veramente superiori, fu un appassionato amatore delle belle arti, specie di quella musicale di cui fu un non comune cultore e di cui si occupò anche in pregevoli pubblicazioni.

Riguardo all'uomo, quando si dica che fu esemplare per bontà e per vera fede religiosa, basta. Indulgente, pietoso, disinteressato, scrupoloso per sè, largo per gli altri, attivo sempre e sereno, tollerante con tutti, anche negli ultimi tempi della sua vita e già oppresso dal male, era premuroso più degli altri che di sè. Da appassionato medico si interessava della salute altrui e nascondeva ai suoi familiari le sofferenze del suo corpo. Sull'orlo della tomba concepiva ed architettava nella sua mente, ancora integra, nuovi lavori, pubblicazioni e ricerche ed altre manifestazioni intellettuali da compiersi al più presto. Con la sua morte l'Università di Pisa ha perduto uno dei suoi più illustri Maestri, la Patria uno dei suoi figli più eletti, la scienza uno dei suoi più degni cultori, la umanità e la fede uno dei servi più affezionati.

Prof. GIOVANNI GENTILI.

Nell'autunno grigio del c. a. è deceduta a Parigi la dottoressa sig.ra DEJERINE, già compagna d'amore e di studio al prof. Dejerine, del quale era vedova da un decennio.

I giornali la ricordano, e ne rammentano i lavori fatti nel campo neurologico, dissodato insieme con il marito, che dello Charcot fu secondo successore alla Salpêtrière.

Il lutto suscita qualche ricordo, forse utile. Il pensiero ricorre a quella scientifica dinastia Charcotiana che, dopo il breve interregno di Brissaud, proseguì con il Raymond (1894-1911), e poi con il Dejerine (1911-17), e oggi continua con Pierre Marie, giubilato, e con Georges Guillain, quarto successore (V. « Policlinico », s. p. 1925).

Da lei era stato coadiuvato efficacemente nei suoi studi, il profondo Neurologo che (per dirla con un collega brétone, già ufficiale nei « chasseurs des Alpes ») ebbe *la suprème douceur de devoir une partie de son œuvre à la collaboration de Madame Dejerine.*

Parole memorande oggi, ascoltate nel 1917; quando la guerra divampava sull'unica fronte dall'Yser alla Macedonia. (« Una conversazione alla foce del Roja », *Caffaro*, Genova, 2 genn. 1918).

Da signorina, nel 1887 cominciò il tirocinio dell'*internat*, e fu poi la prima studentessa che a Parigi conseguisse il dottorato. Discusse la classica tesi de « le paralisi radicolari del plesso brachiale ».

Divenuta Madame Dejerine divenne anche la collaboratrice del Maestro, in una teoria di nozioni e indagini di fisiopatologia della vita di relazione. In mezzo a schemi originali, e a prove istologiche seriali s'appassionò lo spirito scrutatore di lei; quando il bisturi e il microtomo le squarciavano i veli dell'ignoto e occulto. Così lei seguitò il solco della coltura Dejeriniana, alla quale appartengono l'atrofia muscolare progressiva (tipo faccio-scapolo-omerale), la nevrite interstiziale ipertrofica, la claudicazione intermittente d'origine midollare, le radicoliti e l'anatomia de' centri nervosi (1897).

Coadiuvò ancora il Dejerine nella « Semeiologia delle malattie nervose »; il buon libro didascalico che nel 1906 a Torino fu tradotto, e pubblicato con le postille del Silva.

Madame Dejerine lasciò monografie di squisita analisi, istituì nella Società di Neurologia un « Fond Dejerine », nella Facoltà di Medicina un Laboratorio speciale affidato al Jumentié. Nel 1915 presiedette le sedute alla Società Neurologica, appartenne inoltre alla Società di Biologia e agli Ufficiali della Legion d'Onore.

Donna intelligente e buona, fu savia guida agli alunni della Scuola che indirizzava e vigilava. Durante la guerra diresse l'ospedale dei « Grands blessés nerveux » agli Invalidi, dove prodigò cure e sollevò gli spiriti affranti e smarriti. Il còmpito riusciva facile a lei che, decorata al valore, aveva rischiata già la vita gettandosi nelle acque in soccorso di due naufraghi strappati così alla morte.

Sebbene da qualche anno valetudinaria, pur continuò a finire il còmpito suo per quel domani, che le faceva obliare il presente, sorridendo ai mali che procurò reprimere e nascondere. L'operosa giornata sua è finita. Il lutto colpisce i figlioli: M. e Mme Sorrel-Dejerine, tra il rimpianto della gente memore della pia dottoressa che vide come *una rosa fiorisce a fior d'ogni benda*, presso i feriti.

Nel silenzio raccolti, e spiritualmente presenti curviamo la fronte insieme con coloro che s'inchinano alla cara salma e alla memoria della studiosa compagna.

Genova, 20 novembre 1927.

Prof. LUIGI CARLO MASSINI.

Si è spento a Parigi il dott. A. PRENANT, professore d'istologia in quella Facoltà medica. Fu uno dei più eminenti maestri della biologia francese. Egli intese ad orientare l'istologia verso la fisiologia ed a farne una scienza eminentemente comparata. Sono rimaste classiche le sue ricerche sulla spermatogenesi, sulle cellule ciliate, sulla mitosi, sulla eredità cellulare. Sapeva risalire dai particolari alle vedute generali ed imprimere un suggello di originalità a tutti i suoi studi. Lascia due pregevoli trattatazioni: il « Traité d'Histologie », di cui il primo volume, « Cytologie générale », è una poderosa affermazione »; e la « Embryologie des Vertébrés », lavoro considerevole, ricco di contributi personali.

Il suo laboratorio era tra i più frequentati e vi si sono educati molti studiosi di valore. P.

La morte di ETTORE BORA è stata un lutto per i malariologi italiani.

L'attività antimalarica del Bora fu ispirata a puri intendimenti ideali, senza preoccupazioni di carriera e senza ambizione di fama.

Imbevuto com'era di dolce e sereno umorismo dikensiano e di sana e genuina filosofia tolstoiana, considerava la vita una nobile e altruistica missione, e non lotta più o meno occulta, e più o meno sleale. Terminata la guerra, alla quale partecipò volontariamente come semplice soldato, si recò a Fiumicino e prendeva parte attivissima alla campagna antimalarica diretta da Grassi. Nel 1921 il Grassi lo nominò direttore della lotta antianofelica nelle Paludi Pontine e fu proprio in questo periodo che il Bora introduceva in Italia dalla Spagna le prime Gambusie, ottenendo dei brillanti risultati anche a Rovigno d'Istria. Nel maggio scorso, in questa piccola città, il Bora cadeva sulla breccia, vittima del dovere, prima ancora di raccogliere i migliori frutti del suo lavoro. Ingegno acuto e scintillante, personalità originalissima, il Bora apparteneva a quel gruppo di uomini per i quali Dante scrisse i mirabili versi:

« E se il mondo sapesse il cuor ch'egli ebbe
« Assai lo loda e più lo loderebbe ».

M. S.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

professionale, non può prescindere dalla conoscenza esatta dei fenomeni giuridici: lo riguardano e quindi lo interessano.

Nell'attuale periodo di profondo rinnovamento degli ordinamenti giuridici, la utilità di queste conoscenze è anche una necessità.

La Rivista sarà una guida chiara e semplice specialmente per tutto ciò che attiene alle istituzioni sociali, ai rapporti d'impiego con enti pubblici, all'esercizio delle professioni, all'ordinamento sindacale, ai poteri di polizia sanitaria ecc.

Sarà pubblicata ogni mese in fascicoli di circa 48 pagine di testo e formerà a fine d'anno un volume di oltre 500 pagine, con indici sistematici. L'abbonamento sarà di L. 35 – (per gli associati al *Policlinico* L. 25 –).

Coloro che riconoscono la utilità della nostra iniziativa sono vivamente pregati di inviare, per adesione di massima, **la quale non importa impegno di abbonamento,** *l'unito tagliando in busta aperta affrancata con 10 centesimi.*

Il numero delle adesioni costituirà per noi motivo d'incoraggiamento all'attuazione del nostro proposito.

Casa Editrice POZZI

Roma, Via Sistina, 14, Roma.

☛ Tagliando da staccare.

Da inviare quale stampa in busta aperta affrancata con 10 centesimi.

Alla Spett.

Casa Editrice **POZZI**

Via Sistina N. 14 *ROMA (6)*

ANNO XXXIV Roma, 28 Novembre 1927 Fasc. 48

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITÀ - NOVARA.
Sez. Dermosifilopatica diretta dal Prof. M. ARTOM

Sulla reazione di Wassermann negativa nel corso della sifilide secondaria

per il dott. A. NOBILI, assistente.

Se è cognizione generale che la reazione sierologica non sia costantemente positiva in ogni caso di sifilide costituzionale o viscerale è pure concetto generale che durante le manifestazioni secondarie della sifilide, specialmente nel periodo esantematico di tale affezione, l'esame sierologico sia costantemente positivo. Contraddicono tale concetto ben pochi accenni che noi troviamo nella letteratura.

Bloch (1) nel 1917 riferisce il caso di una donna di trent'anni che dopo un trattamento antiluetico di 3 iniezioni di salvarsan e 30 frizioni mercuriali presentò un'efflorescenza papuloide al labbro inferiore e 2 placche mucose lenticolari alla lingua con numerose spirochete, nella quale la WR era completamente negativa.

Bloch pensa che in questo caso la sterilizzazione sia stata incompleta perchè la terapia istituita era stata troppo debole per distruggere le spirochete ma sufficiente ad impedire lo sviluppo dell'infezione; è questo il primo caso della letteratura nel quale la RW negativa accompagni manifestazioni secondarie sicure di lue.

W. Fox (2) nel 1920 comunicò alla Società Reale di Medicina 3 casi di sifilide secondaria ulcerosa con RW negativa in uno dei quali iniezioni di cianuro di mercurio determinarono una positivizzazione della R. W. Tutti e 3 questi casi però si riferivano ad individui che avevano subito una terapia specifica dopo la quale erano comparse le manifestazioni secondarie.

Nella discussione ai casi di Fox, Whitfield (3) ricordò un caso da lui osservato di un individuo con una eruzione papulosa sicuramente luetica con RW negativa e Dawis (4) accennò alla resistenza che in questi soggetti le manifestazioni secondarie presentano alla terapia in opposizione alla labilità del reperto sierologico.

Nell'anno stesso Dillenberg (5) dedicò una tesi ad un caso che egli crede unico nella letteratura di una donna il cui marito era sifilitico e la quale aveva adenopatie, angina specifica ed irite luetica destra, in cui la RW fu negativa prima dell'inizio della cura 2 volte e che ripetuta ben 17 volte durante tutta la cura si mantenne costantemente negativa.

Tzanck (6) dimostra con una sua osservazione la possibilità di reazioni sierologiche negative durante manifestazioni secondarie in evoluzione

le quali possono dar luogo a contagio. Egli infatti descrive una sua osservazione fatta in un uomo di 36 anni che presentava placche mucose alla commissura labiale con RW, Hecht negative la cui moglie fu vista dopo un mese con un sifiloma primitivo del labbro nel quale furono trovate le spirochete: il marito presentò poi placche papillomatose della lingua durante le quali la RW e la Hecht e la Vernes si mantennero negative.

Nella discussione che seguì a questo caso il Darier confermò l'importanza di questi fatti, che pure essendo rari, dimostrano come la sieroreazione negativa non abbia valore assoluto per fare escludere l'esistenza di una sifilide virulenta. Hudelo e Rabout (7) prefiggendosi specialmente di confrontare il valore esplicato dalla terapia antiluetica sulle reazioni sierologiche con quello esplicato sulla sintomatologia clinica, ricordano il caso di un paziente che presentò ripetutamente RW ed Hecht negative durante recidive di placche mucose boccali e tali autori concludono essere un segno di cattivo prognostico l'esistenza di reazioni sierologiche negative durante il periodo secondario.

Bernard (8) comunicò un caso di sifilide con roseola intensa, dolori reumatoidi, cefalee intensissime nel quale le reazioni sierologiche eseguite contemporaneamente in due laboratori diversi diedero risultato negativo: in tale malato bastò una iniezione di Neosalvarsan per far diventare positive tali reazioni.

Ruge (9) comunicò due casi di sifilide secondaria: il primo con noduli e con papule sifilitiche anali contenenti numerose spirochete nel quale la RW praticata 18 volte fu costantemente negativa, il secondo con papule umide e crostose alla verga ed al glande, con condilomi piani anali con reperto positivo di spirochete nelle papule, nel quale la RW ripetuta 13 volte fu costantemente negativa.

Lacapère (10), Lortat-Jacob e Roberti (11), Gougerot, Fernet e Peyre (12) comunicarono casi di manifestazioni secondarie con WR negativa in soggetti curati con arsenobenzoli e nei quali presumibilmente esisteva una resistenza all'arsenico per quanto riguarda le manifestazioni cutanee mentre non esisteva una resistenza per le reazioni sierologiche.

Clèment-Simon (13) in un lavoro nel quale raccoglie la casistica relativa alle reazioni di W. negative nel corso della sifilide secondaria con manifestazioni cliniche, casistica che egli assomma ad una trentina di casi, dopo aver discusso sul valore delle varie reazioni sierologiche ed aver concluso come la negatività sierologica sia possibile anche con le sieroreazioni più sensibili, quali la Hecht, dichiara essere tale negatività sierologica un segno di gravità quando accompagna delle manifestazioni luetiche secondarie, fondandosi in tale giudizio sulla sua esperienza personale di 3 casi di sifilide secondaria con RW ed Hecht che eseguite nel contempo in 3 laboratori si dimostrarono negative e nei quali le lesioni cliniche guarirono assai lentamente malgrado la cura intensa e precocemente recidivarono pur restando sempre negative le reazioni sierologiche.

Donato (14) ha assai recentemente riferito un caso di un individuo di 26 anni il quale durante tutto il corso di una sifilide, la quale ha dato luogo ad una forma di sifiloderma papulo-pustoloso e psoriasiforme palmo-plantare, e durante la terapia salvarsanica eseguita ha presentato costantemente la RW e la Hecht negative.

Nell'anno in corso furono osservate nella nostra Sezione 2 casi che rientrano nella casistica sopra esposta e per i quali sono possibili delle considerazioni e delle deduzioni relative specialmente alle diversità delle caratteristiche cliniche da essi presentate.

CASO I. — C. G., di anni 19, operaio, da Novara.

Nulla nell'anamnesi famigliare: nessun precedente morboso degno di nota. Si presenta al nostro Ambulatorio il giorno 6-7-1926 per un ulcera la quale è comparsa da circa 2 mesi.

L'a. afferma che l'ultimo contatto sessuale risale ad una ventina di giorni prima della comparsa dell'ulcera.

Esame obbiettivo: al solco balanico nella parte laterale destra si nota una lesione di continuo avente tutti i caratteri del sifiloma con adenopatia inguinale ben marcata. Al tronco ed agli arti numerosi elementi di roseola. Placche mucose orali, papule ipertrofiche scrotali. Si preleva sierosità dalla lesione del solco balanico e dalle papule scrotali e si allestiscono numerosi strisci che colorati col metodo di Fontana dimostrano numerose spirochete pallide. Il giorno 9-7-26 si preleva sangue venoso sul siero del quale si eseguisce WR., Sachs Georgi e Meinicke che danno esito completamente negativo. Nel giorno stesso si fa una iniezione di 0.15 di Neosalvarsan per via endovenosa.

Il 16-7-26 si ripetono tali esami sierologici che ugualmente danno risultato completamente negativo: si eseguisce una seconda iniezione di Salvarsan da 0.30 per via endovenosa.

Finalmente il giorno 30-7-926 si ripete una presa di sangue al malato il quale presenta soltanto più qualche elemento papuloso allo scroto in via di riparazione in quanto sono completamente scomparsi gli elementi di roseola e le placche mucose tonsillari ed è cicatrizzata l'ulcerazione del solco balanico prepuziale e questa volta si hanno i seguenti risultati: Wassermann positiva + + + +; Meinicke positiva; Sachs Georgi positiva.

CASO II. — T. A., di anni 32, operaio, Novara.

Negativa l'anamnesi famigliare: in giovine età una orchiepididimite sinistra. Nel gennaio u. s. nota la comparsa al solco balanico di una ulcerazione a margini duri, indolente, contratta da un coito di cui non è possibile precisare la data. Pochi giorni dopo apparvero numerosi elementi papulosi e pustolosi che si diffusero rapidamente a tutto il tronco, al collo ed al capo.

Il giorno 6-3-27 si presenta al nostro Ambulatorio: persiste al solco balanico la lesione iniziale che ha caratteri imponenti e che ha determinato un edema assai accentuato di tutta la verga. Non esiste infiltrazione dei linfatici nè adenopatia inguinale.

L'esame microscopico per la ricerca della spirocheta ripetutamente eseguito sulla sierosità della forma presentata dal solco balanico diede costantemente esito negativo.

Su tutto il corpo esistono numerosissimi elementi papulosi e pustolosi; ed al tronco ed alla fronte, alla linea di demarcazione del capillizio, si notano grossi elementi ectimatosi ricoperti da una crosta nerastra rupioide, e qualche piccolo elemento nettamente vescicoloso. Il malato non accusa disturbi generali, non cefalee, non artralgie: è però assai depresso ed astenico. Si preleva il giorno stesso sangue venoso sul siero del quale si eseguiscono le reazioni di W., Sachs Georgi e Meinicke che danno risultato negativo e viene contemporaneamente iniettata per via endovenosa una fiala di 0.30 di neosalvarsan. Il 14-3-927 si ripetono gli esami sierologici che danno i seguenti risultati: R. W. ++++; Meinicke positiva forte; Sachs Georgi positiva forte.

Il malato che si è fatto ricoverare in Ospedale viene intensamente trattato con cure miste in seguito alle quali ripararono assai lentamente sia la manifestazione primaria, sia le forme dell'esantema alle quali residuarono cicatrici intensamente pigmentate.

Particolarmente interessante è il caso n. 1. In esso non è possibile imputare ad un trattamento specifico, per il quale si avesse una particolare resistenza da parte delle manifestazioni cutanee e non da parte di quelle sierologiche la negatività della R. W. durante il persistere delle manifestazioni secondarie. L'evoluzione clinica dell'affezione, il reperto positivo di spirochete nelle placche mucose, la comparsa della R. W. positiva durante la terapia rendono indubbio il diagnostico di sifilide nel caso riferito e d'altra parte la rapidità colla quale cedettero le manifestazioni specifiche alla terapia istituita non fanno concordare per quanto si riferisce a questo caso con l'affermazione di numerosi autori e specialmente di Hudelo e Rabout e di Clèment-Simon secondo i quali tale comportamento sierologico sarebbe caratteristico di sifilide a manifestazioni cliniche particolarmente resistenti alla terapia.

Come si può interpretare tale contraddizione tra il reperto clinico e quello sierologico? Rende difficile il rispondere a tale quesito la mancanza di conoscenze precise sul meccanismo di produzione e sull'essenza della reazione di RW. Mentre infatti da alcuni autori tale reazione viene considerata una reazione di infezione, da altri essa viene considerata come una reazione di immunità.

Per i sostenitori della prima di questa ipotesi essa dipenderebbe dal numero delle spirochete che sono contenute nell'organismo e per i sostenitori dell'altra ipotesi essa dovrebbe essere dovuta alla reazione organica che si accompagna all'infezione e che determina un particolare stato fisico-chimico del siero. Assai più facilmente si possono spiegare i nostri casi dando alla reazione di R. W. il significato di una reazione di infezione concetto questo che d'altra parte è stato recentemente sostenuto dal Golay (15).

Il secondo caso in particolare pur essendo meno importante perchè meno raro dal punto di vista clinico si presta a conferma di tale ipotesi.

In questo caso esistono molti segni di quella che il Queirat ha definito la sifilide maligna precoce nella quale la gravità dell'infezione invece di avere come indice delle reazioni sierologiche precoci e forti si accompagna a sieroreazione che diventa solo tardivamente positiva tanto che il Queyrat credette che essa si mantenesse negativa durante tutto il decorso della malattia.

In tali casi i sostenitori del concetto della dipendenza della positività della reazione RW. dalla presenza nel torrente circolatorio di una quantità sufficiente di elementi spirochetici pensano che la caratteristica della distruzione rapida dei treponemi dovuta all'intensità dei fenomeni allergici cutanei determini la negatività del reperto sierologico. E noi possiamo applicare questo concetto facilmente al secondo di questi casi ammettendo che esista anche per la sifilide uno stato anergico come esiste per la tubercolosi e che, anche nel periodo secondario florido, possa esistere come indice di questo stato di anergia una negatività della R. W. che spiega anche la resistenza della terapia delle lesioni specifiche e la facilità di queste a recidivare.

Resta però alquanto oscuro il complesso di ragioni per le quali la RW. si mantenne negativa nel primo dei casi descritti nel quale l'insieme dei segni clinici non permetteva certo di pensare ad una sifilide maligna, ad una intensità abnorme dei fenomeni allergici cutanei e nel quale d'altra parte l'evoluzione clinica e l'azione terapeutica non avrebbero giustificato un simile concetto. La spiegazione di questo caso sarà possibile soltanto quando gli elementi che hanno azione determinante per la reazione di RW. saranno più completamente conosciuti.

Una constatazione però noi crediamo poter trarre dall'osservazione dei casi riferiti e che cioè se il procedimento comunemente usato di affidarci alla R. di W. nel diagnostico di manifestazioni secondarie, è un'ottima linea di condotta, neppure esso però è infallibile e che esistono dei casi nei quali il concetto clinico soltanto può dare un sicuro responso e nei quali di fronte ad un reperto sierologico negativo si impone una riserva ed una osservazione più accurata del paziente.

Tale constatazione inoltre deve essere tenuta presente da coloro che parlano di reinfezioni fondandosi soltanto per un reperto sierologico negativo in base al quale pensano che le manifestazioni presentate dai loro pazienti siano *lesioni primarie* in periodo presierologico escludendo la possibilità che possano essere manifestazioni secondarie.

Inoltre la conclusione favorevole all'esistenza di uno stato anergico nel corso della sifilide accompagnato da reazioni sierologiche negative deve rendere vieppiù guardinghi nel trarre concetti teorici e deduzioni pratiche circa la guarigione della sifilide stessa.

***

Al termine di questa nota sento il dovere di ringraziare il mio Primario prof. M. Artom che mi fu di guida nella compilazione di essa.

Novara 4 luglio 1927.

BIBLIOGRAFIA.

(1) BLOCH. Correspondenzblatt. f. Schweiz. aerzte, XLVII, 1917, p. 683.
(2) X FOX. Proced. R. Soc. of. med., 1920 (Lecht. of. Derm), p. 120.
(3) WHITFIED. Ibid.
(4) DAWIS. Ibid.
(5) DILLLENBERG. Thèse de Bonn., 1920, n. 8.
(6) TZANCK. Dermat. Zeitschrift, Bd. XXXVII, 1922, p. 335.
(7) HUDELO et RABOUT. Presse Médicale, 1924, n. 73, pag. 740.
(8) BERNARD. Bruxelles médical, vol. IV, 1924, p. 650.
(9) ROUGE. Klinische Wochenschrift, Bd. III, 1924, pag. 1540.
(10) LACAPÈRE. Bull. Soc. Franç de Derm. et Syphil., 1924, p. 267.
(11) LORTAT-JACOB et ROBERTI. Bull. et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôpit. de Paris, 1924, n. 24, pag. 1006.
(12) GOUGEROT, FERNET e PEYRE. Bull Soc. Franç. de Derm. et Syph., 1924, p. 294.
(13) CLÉMENT SIMON. Bull. Méd., 1925, n. 26, p. 732.
(14) G. DONATO. Archivio Italiano di Dermatologia e sifilografia e venereologia, vol. II, n. 1 pag. 78.
(15) GOLAY. *La Pathologie générale de la syphilis*. Vigot Frères, Paris, 1926.

COMMENTI.

Sulla stitichezza abituale.

Nota in margine alla seduta in comune dei Congressi di medicina e chirurgia (Parma 20 ottobre) (1)

del prof. VITTORIO ASCOLI.

La discussione sulla *stitichezza abituale* si è svolta con molta vivacità alla seduta in comune della Società di Medicina Interna e della Società di Chirurgia del 20 ottobre.

Avevo desiderio di prendere la parola, ma l'impegno di presiedere la riunione della Stampa medica — la quale, per il prolungarsi insolito della discussione sulla stitichezza, venne a coincidere con questa — mi ha impedito di esprimere allora alcune idee semplici e chiare. Mi permetto di pubblicare quanto avrei approssimativamente esposto a voce, nella speranza di portare una qualche conclusione alla discussione chiusasi dopo i discordi pareri dei singoli oratori intervenuti nel dibattito e dei relatori stessi.

I tre relatori: l'internista Schiassi, il radiologo A. Rossi, il chirurgo Spángaro avevano, tutti e tre, studiato a fondo l'argomento loro affidato e avevano presentate dotte relazioni integrate da osservazioni personali e da vedute proprie. Nessuno dei tre però, e nessuno degli oratori, ha cercato di stabilire nettamente quando e perchè la cura doveva essere medica, quando e perchè la cura doveva essere chirurgica. Eppure questo era — e non altro — il fine che la discussione in comune tra medici e chirurgi si proponeva.

Per *stitichezza abituale* i medici sogliono — e devono — intendere un ritardo tra un'evacuazione e l'altra e l'emissione di fecci molto solide e per lo più a pallottole secche: è implicito il concetto che il disturbo non è causato da processo di infiammazione, e in genere da alterazioni patologiche (ripiegamenti di anse, stenosi, ecc.).

Il relatore medico, stando al tema, ha discusso le cause e la genesi della stitichezza dando molta importanza al fattore individuale, anzi costituzionale; non ha insistito sulle indicazioni chirurgiche; se ciò fu giudicato manchevolezza dai chirurgi, va invece inscritto a merito del relatore.

Il radiologo, illustrando la posizione e la funzione del colon con l'intermezzo degli sfinteri primari e secondari ha suggerito una serie di dati di fatto che illuminano di viva e chiara luce la stipsi abituale, e anche altri processi morbosi.

Il chirurgo ha descritto la molteplicità dei legamenti tra gli organi addominali e le affezioni legamentose, le flogosi croniche dell'intestino con

---

(1) Vedi resoconto dei due Congressi, nel numero precedente e in questo.

reazioni peritoneali e aderenze, le varie dilatazioni e le abnormi posizioni rilevando i danni delle svariate alterazioni e proponendo appropriate indicazioni operative. Egli ha trattato, opportunamente e con abilità, di condizioni che potevano causare disturbi, spesso ritardi, nell'emissione delle fecci; non poteva forse fare diversamente; non ha trattato della stitichezza abituale.

Gli oratori intervenuti nella discussione si sono riferiti agli argomenti dei relatori, secondo le proprie tendenze e i propri studi. Relatori e disserenti pareva fossero in contrasto vivace di giudizi e di condotta terapeutica: in realtà, non discutevano, ma parlavano con convinzione e con calore di cose differenti. Ciascuno, e per lo più con ragione, annunciava e reclamava la ineluttabile giustezza della propria linea di condotta.

Per tale stato di fatto, come non vi fu contrasto, non potè nascere accordo o conclusione di sorta dal dibattito.

La causa essenziale di ciò sta nella maniera onde è stato enunciato il tema: non doveva mettersi in discussione la *stitichezza abituale*, ma o semplicemente la *stitichezza*, oppure *le stitichezze*, esclusa *l'abituale*.

Non possiamo considerare come non avvenuto ciò che è in realtà successo. E mentre con tale chiarificazione intendo scagionare relatori e disserenti della piega che prese l'andamento della discussione, voglio pur affermare la mia precisa convinzione che i singoli argomenti sono stati svolti con sicura conoscenza e con abilità.

Queste premesse servono pure a giustificarmi se io mi limiterò a discutere la *stitichezza abituale*, e non mi occuperò che poco delle indicazioni chirurgiche.

Comincio con il riconoscere, d'accordo con il relatore, l'importanza grande, nella *stitichezza abituale*, del fattore *individuale*.

L'individualità che s'esplica nei caratteri somatici e nelle attitudini funzionali, ha radici nell'eredità. Vi sono famiglie di stitici. Aggiungo che non di rado le prime manifestazioni della stitichezza risalgono all'adolescenza, non solo nel sesso femminile, ma anche nel maschile.

Con i fondamenti costituzionali si uniscono cause condizionali varie nel corso della vita.

La genesi della stitichezza è complessa. In essa ha più parte che l'internista non abbia ammesso, il giuoco degli sfinteri e le modificazioni dell'attività propulsiva del colon.

Il radiologo ha ciò ricordato e ha chiarito con radiografie la intensità e varietà dei movimenti del colon. Ma io dubito che il pasto opaco provochi sempre e intera l'attività contrattile del colon e la sua capacità a promuovere il trasferimento del contenuto intestinale verso il basso o anche verso la via orale.

L'attività motrice varia nei singoli distretti del colon, e dispone variamente alla stitichezza.

Risultano alla esperienza clinica sussidiata dai controlli radiologici le stasi localizzate in segmenti: cieco e colon ascendente; colon discendente e sigma; ampolla rettale.

Le singole forme hanno cause promotrici proprie e la fenomenologia particolare fisica e funzionale; diverso è il trattamento. In alcuni gradi estremi i disturbi funzionali localizzati del colon, come pure la ptosi o l'atonia, dopo essere stati compensati dall'attività nervosa generale o da altre forze (supplenza d'altri segmenti intestinali, tono della parete addominale, mezzi di protesi, rimedi chimici o biologici) finiscono con l'essere insufficienti; allora può divenire indicato l'intervento chirurgico.

Nella sua relazione, densa di fatti e piena di buon senso, il radiologo ha messo in vista la dilatazione atonica della cistifellea quale altro probabile fattore della stitichezza, in quanto veniva a versare minor quantità di bile nell'intestino. Le radiografie molto dimostrative di tale dilatazione meritano, secondo le nostre attuali conoscenze sulla cistifellea, altra interpretazione. La cistifellea infatti, se ha qualche movimento parziale, vermicolare, prodotto dalla sua tenue muscolatura, non ha la capacità (Graham) di vuotarsi per propria contrazione; versa la bile per l'apertura dello sfintere coledoco-duodenale, e fino ad un certo grado per l'aspirazione duodenale stessa. La ripienezza della cistifellea nella stitichezza abituale dovrà pertanto considerarsi come un fenomeno coordinato all'atonia gastrointestinale. Il diminuito afflusso di bile nell'intestino, che ne consegue, rende a sua volta più debole lo stimolo a contrarsi nel resto dell'intestino.

Ho accennato alla qualità delle fecci che emettono gli stittici: secche, a pallottole. Come il relatore internista non ha discusso l'importanza patogenetica dell'assorbimento, soprattutto dell'assorbimento dell'acqua? Io non voglio fare citazioni peregrine: ricorderò che lo Schmidt nel suo trattato sulle malattie intestinali, dopo discussa profondamente la natura della malattia, finisce per concludere ch'essa forse è cagionata da un ottimo, eccessivo, potere d'assorbimento.

Ho richiamato l'attenzione su alcune delle cause della stitichezza abituale, il cui meccanismo, riconosco con il relatore, è vario e complesso: nei singoli casi vanno accuratamente discriminati gli elementi che vi concorrono.

Passando alla sintomatologia, mi piace di associarmi al relatore nel riconoscere che la massima parte dei disturbi nervosi e la debolezza generale (astenia) che talvolta accompagnano la stitichezza abituale non sono effetto di intossicazione, ma disturbi inerenti alla costituzione del soggetto. Basta pensare al numero stragrande di individui stittici senza alcuna conseguenza patologica e d'altronde alla difficoltà di documentare negli stittici con esami chimici la presenza in eccesso di prodotti di fermentazione o di putrefazione. Che le malattie organiche (flogosi, stasi intense circoscritte provocate da aderenze, da diverticoli, da invaginazioni, ecc.) possano attivare germi patogeni e indurre intossicazioni, anche gravi, è innegabile; non meraviglia che l'intervento chirurgico, modificando le cause, tolga gli effetti tossici ch'erano conseguiti.

Si deve invece ancora provare che ciò avvenga nella stitichezza abituale, a cui di solito non consegue flogosi della mucosa o tutt'al più un catarro di lieve entità, ma da cui non deriva mai una flogosi grave che intacchi gli strati profondi e peggio ancora che giunga alla sierosa nè acutamente nè cronicamente, come mi è parso che qualche oratore abbia ammesso avvenga con facilità.

Se la stitichezza abituale poco o punto cagiona disturbi generali del sistema nervoso, anche meno è in grado di provocare la febbre, soprattutto gli accessi febbrili elevati. Non vorrei negare che lievi aumenti di temperatura a intervalli possano ascriversi alla stitichezza in qualche caso, ma la presenza della febbre nei malati di stitichezza deve sempre muovere il medico a cercare se fuori dell'intestino non esistano altre cause e, quando ogni diligente esame ciò escluda in modo assoluto, a cercare se l'intestino non soffra qualche alterazione flogistica in modo che la stitichezza non sia primitiva, *abituale*, ma dipendente da qualche processo patologico circoscritto o almeno con esso venuto a complicarsi.

S'io volessi stare alla mia esperienza, direi che piuttosto un qualche decimo di aumento di temperatura passeggiero, talvolta anche 37,-8-38, si osservi non raramente negli stittici (da qualunque causa, quindi anche negli abituali) in rapporto con il periodo attivo dei purganti.

Per terminare di toccare gli argomenti nei quali sono con i relatori in qualche dissenso di apprezzamento, debbo nella sintomatologia ancora insistere soltanto sull'indispensabilità dell'esame radiologico per ben comprendere i quadri clinici.

La radiologia ci dirà la posizione dei vari segmenti del tubo digestivo, le loro modificazioni di forma e di funzionalità, e perfino le alterazioni della mucosa. È sottinteso che, data la frequenza di spasmi, di varietà di comportamento a seconda il contenuto intestinale e lo stato nervoso del soggetto, non è consentita alcuna deduzione se due, tre e anche più esami radiologici non sono concordi nei dati; ma i resultati radiologici sono preziosi, perchè ci insegnano a distinguere la stitichezza abituale primitiva dalle stipsi secondarie. Nel caso di stitichezza primitiva insegnano a riconoscere se la stitichezza è legata con atonia o con spasmo dell'intero colon o di singoli segmenti; nel caso di stitichezza secondaria insegnano a stabilire la alterazione anatomica nella sua sede e nella sua entità.

Secondo il relatore medico la guarigione sarebbe rara e difficile. E com'egli è riservato nel prognostico, è diffidente verso i mezzi di cura.

Questo pessimismo è forse necessità logica della parte preminente, stavo per dire eccessiva, ch'egli dà alla *costituzione*. Sarebbe incongruenza ammettere la guaribilità d'una malattia costituzionale.

Ma ogni medico pratico sa che taluni stittici abituali guariscono cambiando modo di vita e di alimentazione; che una gran parte riesce ad eliminare più o meno del tutto il disturbo con qualche metodo curativo, per lo più del tutto individualizzato: chi usa i lassativi; chi beve un bicchiere d'acqua fresca a digiuno; chi a digiuno fuma; chi s'applica un clistere, chi un suppositorio.

Se noi medici interni dovessimo essere riservati nel prognostico presso gli stittici abituali, li spingeremmo verso i chirurgi, e non provvederemmo bene ad essi. Un trattamento chirurgico non può mettersi in discussione se non quando esistono bene evidenti alterazioni organiche: quindi nei casi in cui o non si tratta di stitichezza abituale o essa, localizzatasi in qualche segmento, ha finito per produrre come postumi alterazioni organiche.

Deve sempre iniziarsi nelle stitichezze il trattamento medico e soltanto quando esso non raggiunge lo scopo pensare all'intervento chirurgico. Non ci rivolgeremo al chirurgo quando, insieme con i nostri tentativi terapeutici, si sarà esaurita la vitalità del paziente. Invece, appena ci avvedremo che ai nostri razionali tentativi la malattia è ribelle, procederemo alle indagini radiologiche accurate e ripetute. Sono esse, insieme con il resto degli esami di laboratorio e con i dati dell'osservazione diretta, che ci indicheranno l'opportunità e la qualità dell'intervento. Il problema, ripeto, dev'essere messo presto, quando i nostri razionali tentativi non hanno successo.

Sulla natura dei tentativi razionali sono in gran parte d'accordo con il relatore medico. Lo

studio minuzioso dell'anamnesi, dei caratteri somatici, dello stato psichico, dei disturbi funzionali intestinali e nervosi soprattutto, deve guidarci. In due punti devo alquanto dissentire da lui: nella scelta dell'alimentazione e nell'uso dei purganti.

L'alimentazione ricca di vegetali, ch'è la più rutinariamente indicata, e ch'è preferita dal relatore, giova in molti casi. Devo però osservare che nella stitichezza abituale, secondo la mia esperienza, torna più spesso utile un uso limitato di verdure accompagnato a dieta carnea e a modico uso di farinacei. L'abbondanza delle scorie non soltanto è dannosa nelle stitichezze spastiche, ma anche nelle forme atoniche, specialmente localizzate a destra (cieco e colon ascendente). Ed esse sono frequenti. In queste forme di stitichezza una abbondanza di residui rende stentato il progresso del materiale intestinale, invece un'alimentazione facilmente assorbita nel segmento cieco-colon ascendente solleva questo da un peso e ne facilita la funzione. Per motivi analoghi tale dieta è indicata anche nel sigma lungo e ripiegato.

Dei purganti s'è fatto abuso in un periodo recente, massime dei purganti salini. È indiscutibile. Ed è altrettanto giusto che la stitichezza non può costituire la semplice e diretta indicazione del purgante; che anzi dallo studio minutissimo dell'individuo dobbiamo cercare di trarre tutti gli elementi che, all'infuori dei purganti, giovino a promuovere e favorire la normalità dell'evacuazione. Parmi d'altronde inopportuna la diffidenza verso i purganti, almeno verso i lassativi. In alcuni periodi, soprattutto nei periodi iniziali della cura, sono indicati, variamente secondo la loro natura e il meccanismo d'azione: giovando a promuovere e regolare la defecazione, migliorano le condizioni vegetative e influiscono favorevolmente sulla psiche. Scegliendoli con giudizio, graduandoli con scrupolo, associandoli ad altre cure, medicamentose e fisiche, gioviamo per lo più ai nostri malati. Certamente dobbiamo di questi rimedi suggestivi della stitichezza limitare l'uso (nella dose e nella durata) più che possibile; ma non temerli troppo nè troppo disprezzarli.

Il relatore, secondo me, ha preso partito troppo contrario ai purganti, e onestamente non ha saputo indicare nessuna cura succedanea. Da ciò la tinta pessimistica delle sue conclusioni.

Proponendomi di sfiorare alcuni punti della clinica della stitichezza, ho inteso indurre i medici ad un più obbiettivo e meno severo giudizio della stitichezza abituale.

SUNTI E RASSEGNE.

GINECOLOGIA E OSTETRICIA.

Ricerche sulla patogenesi dei vomiti gravidici e terapia di desensibilizzazione.

(LEVI-SOLAL, DALSACE e COHEN-SOLAL. *Paris Méd.*, n. 22, 28 maggio 1927).

Gli AA. sostengono già da molto (1923) per i vomiti gravidici una patogenesi, analoga a quella degli choc, basata sulla sensibilizzazione dell'organismo ai prodotti ovulo-placentari. Non essendo per ciò dimostrare, sufficente l'osservazione clinica, essi hanno ricorso ad esperimenti.

1) *Ricerche della sensibilizzazione delle donne agli estratti placentari*: per mezzo di cutireazioni con estratti glicerinati di placenta e di feto hanno ottenuto i seguenti risultati: *a*) le donne con vomiti gravidici sono sensibilizzate a questi estratti; *b*) dopo l'aborto esse restano ancora sensibilizzate per due o tre giorni; *c*) al di fuori della gravidanza le donne non sono sensibilizzate; *d*) dopo quattro mesi dalla gestazione, o dopo la cessazione dei vomiti, l'organismo materno è desensibilizzato.

2) *Ricerche sperimentali sull'animale*: dalle ricerche su 130 cavie risulta: che l'estratto placentare e i sieri iniettati soli sono inattivi, mentre il miscuglio di un siero qualunque e dell'estratto placentare determina delle crisi più o meno violente. Dalle esperienze si può concludere: *a*) esiste nella placenta delle donne che vomitano un antigene che, riattivato con un siero umano qualunque, determina nella cavia dei fenomeni di choc: *b*) la placenta giovane normale determina delle crisi più attenuate; *c*) la placenta normale a termine è inattiva; *d*) la placenta degenerata (mola idatidea) è estremamente tossica.

3) *Studio sullo sperma*: Siccome le proteine dell'uovo derivano da due cellule distinte, maschile e femminile, gli AA. allo scopo di studiare l'influenza isolata dei due elementi, si sono messi a studiare direttamente l'azione delle proteine spermatiche: *a*) *Ricerche della sensibilizzazione delle donne alle proteine spermatiche.* Le esperienze sono state fatte con cutireazioni con spermi A. provenienti dal marito di donne presentanti vomiti incoercibili, e B. con spermi qualunque. Nel caso A. su 15 donne che hanno avuto reazioni positive, solo 5 avevano avuto dei vomiti nell'ultima gravidanza. Qualunque fosse la condizione delle donne, quasi tutte hanno reagito allo sperma A. mentre solo due hanno dato delle reazioni lievemente positive allo sperma B.; *b*) *Ricerche sperimentali sugli animali*: l'iniezione di

sperma A. determina delle scosse diaframmatiche ripetute e un fenomeno nuovo, cioè peristaltismo intestinale intenso che si manifesta con evacuazioni di boli fecali e talora con notevole diarrea liquida.

Gli AA. credono potere *concludere* che l'albumina spermatica sembra essere alla origine del fenomeno di choc determinante i vomiti gravidici.

Terapia. — Gli AA. tentarono quindi una terapia di desensibilizzazione e ricordati i buoni effetti ottenuti contro gli choc con il cloridrato di pilocarpina, e con le iniezioni intradermiche con estratti placentari, dicono di avere avuto buoni successi con la desensibilizzazione non specifica col peptone di Witte.

L. TONELLI.

Influenza e gravidanza.

(N. GUERDJIKOFF. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, luglio 1927).

La grippe, come la maggior parte delle malattie infettive, trova nella donna incinta o partoriente un terreno favorevole alle complicazioni piuttosto gravi. Nelle donne incinte si riscontrano spesso i primi casi gravi di una epidemia grippale al suo inizio. Ma anche all'infuori di ogni epidemia, una grippe stagionale banale, ordinariamente benigna, può, sotto l'influenza della gravidanza, trasformarsi in grippe grave.

L'età della gravidanza sembra avere, a questo riguardo, una notevole importanza. In effetti, se la donna incinta è presso a poco ugualmente disposta a contrarre la malattia durante tutto il periodo della gravidanza, la gravità della grippe e delle sue conseguenze aumenta con l'età della gravidanza. Il periodo più pericoloso sembra essere l'epoca che precede il parto, tanto più che l'interruzione della gravidanza è allora inevitabile. Ed è noto che le complicazioni più gravi e catastrofiche intervengono più spesso immediatamente dopo il parto, prematuro o a termine, e durante i primi giorni successivi. L'affezione grippale, contratta dopo il parto, evolve generalmente in modo più benigno.

La grippe, d'altra parte, esercita un'azione manifesta sulla gravidanza. Essa è una causa incontestabile di aborto e di parto prematuro. Varie cause concorrono a determinare tali effetti: le emorragie a livello dei villi, l'azione eccitante delle contrazioni uterine esercitata dalle tossine e l'ipertermia.

L'aborto ed il parto prematuro od a termine hanno spesso, nelle donne affette da grippe, un decorso particolare. Una congestione straordinariamente forte domina la situazione. Ad essa è dovuta probabilmente la particolare atonia che si osserva spesso, atonia che però non ostacola la marcia dell'aborto o del parto. Questi due caratteri particolari sono certamente la causa principale delle emorragie profuse che si osservano in questi casi e degli aborti e parti di sorpresa, silenziosi, che mettono in grave imbarazzo infermieri e medici e possono determinare la morte della paziente.

La grippe esercita anche la sua influenza nefasta sul puerperio. Essa può, per sè sola, determinare una infezione puerperale e favorire l'attecchimento di altri germi patogeni. Essa può inoltre procurare delle spiacevoli sorprese, in quanto determina un disordine ed un ritardo nella cronologia degli accidenti puerperali.

Dall'insieme di questi fatti si possono trarre le seguenti conclusioni pratiche. Occorre mettere in opera ogni mezzo per evitare, per quanto è possibile, il contagio alle donne in istato di gravidanza ed all'apparire del minimo sintomo sospetto bisogna imporre a queste donne un riposo a letto prolungato e rigoroso. L'interruzione della gravidanza è, come si è visto, un accidente generalmente sfavorevole nel corso della grippe. Occorre d'altra parte considerare che non è possibile impedire un aborto od un parto prematuro con l'impiego di calmanti. Bisogna dunque rivolgersi energicamente e con ogni mezzo contro l'agente infettivo o le sue tossine, adoperando i vaccini ed i sieri senza preoccupazione per le reazioni violente. Queste ultime sono passeggere e meno dannose di quello che si crede rispetto all'interruzione della gravidanza.

D'altra parte non è ammissibile che si lasci progredire un'affezione per sè sola mortale, solo per salvare un bambino di cui la vita è più che problematica o per impedire una interruzione della gravidanza. È vero che l'interruzione della gravidanza è dannosa, ma disgraziatamente è inevitabile nei casi gravi. Dati i pericoli che presentano l'aborto ed il parto, l'opera dell'ostetrico è necessaria sin dallo inizio del travaglio.

TOSCANO.

Sopra un caso di tumore placentare.

(POMINI. *Riv. It. di Ginec.*, vol. VI, fasc. 2).

L'A. presenta un caso di tumore della placenta, di vistoso sviluppo, e crede sia uno dei più voluminosi tumori descritti, misurando 11 ½ × 12 e 5 di profondità. Il volume del neoplasma occupava quasi metà della placenta. Si presentava costituito da diversi nodi grossi nettamente distinti gli uni dagli altri: fatto questo veramente degno di nota, poichè nella massima parte dette neoplasie sono costituite da un unico nodo. Illustra le diverse teorie e struttura dei tumori, la sintomatologia. Nel caso in parola il bambino nacque vivo, bene sviluppato e conformato, del peso di 3620 gr., e ciò contro il pensare di alcuni AA., i quali mettono invece in evidenza che il feto risente spesso della presenza del tumore nascendo

debole e poco sviluppato. Conchiude ricordando le parole di un nostro grande clinico: « di fronte alla struttura fondamentale angiomatosa i diversi comportamenti istopatologici non rappresentano che condizioni secondarie od accidentali » (Pestalozza).

A. CIOFFI.

FARMACOLOGIA E TERAPIA.

Nuovi studi sulla narcosi.

(H. SCHLOSSMANN. *Deutsche med. Wochenschr.* n. 22, 1927).

Una volta si ammetteva che i narcotici agissero per la loro solubilità nei grassi e nei lipoidi; oggi si ritiene che essi agiscano per un'azione di superficie, in quanto essi vengono assorbiti dai colloidi della superficie cellulare e determinano così una diminuzione di permeabilità (reversibile). A questa diminuzione reversibile di permeabilità corrisponde una diminuzione o scomparsa, egualmente reversibile, dell'eccitabilità cellulare. Quanto più è complicata la struttura cellulare tanto più facilmente si manifesteranno i disturbi derivanti dall'assorbimento dei narcotici alle superfici delle cellule; così si spiega l'azione elettiva dei narcotici sul sistema nervoso.

Il cloroformio e in grado minore l'etere non sono sostanze innocue per l'organismo. Nelle cellule della corteccia cerebrale viene raggiunta la concentrazione del narcotico che determina narcosi soltanto se il sangue si è così caricato di cloroformio da determinare danni anche ad altri sistemi cellulari dell'organismo. Così dopo la narcosi cloroformica si riscontrano costanti alterazioni anatomo-patologiche del fegato e del rene, di gravità maggiore o minore a seconda della durata e profondità della narcosi ed a seconda dello stato di questi organi. La narcosi determina inoltre sempre notevoli alterazioni nel chimismo ematico: forte diminuzione del potere di combinazione con l'acido carbonico, aumento dell'acido lattico e dell'acido urico, iperglicemia.

Da pochi anni è stato introdotto in pratica come narcotico l'acetilene, che determina una narcosi che non lascia le spiacefoli conseguenze della narcosi cloroformica ed eterea. Infatti dopo la narcosi non si hanno nausee nè vomiti; l'acetilene non danneggia il miocardio come il cloroformio nè abbassa, ma anzi eccita la pressione del sangue; si evita un eccessivo aumento della pressione del sangue (maggiori emorragie) aumentando gradatamente e lentamente il contenuto di acetilene dell'aria inspirata. Un altro vantaggio della narcosi acetilenica è quella di migliorare le contrazioni dell'utero durante il parto, mentre l'etere e il cloroformio diminuiscono le contrazioni e possono così in alcuni casi determinare gravi atonie uterine; perciò in ostetricia si dovrebbe usare come narcotico soltanto l'acetilene che riesce talvolta a vincere di colpo le atonie dell'utero. L'acetilene non determina mai nei narcotizzati nè alterazioni anatomo-patologiche degli organi nè alterazioni del chimismo ematico. Nonostante questi vantaggi sugli altri narcotici l'uso dell'acetilene non è ancora molto diffuso; ciò dipende da difficoltà tecniche perchè il miscuglio acetilene-ossigeno è in alcune condizioni esplosivo. Il perfezionamento moderno degli apparecchi permette però di evitare il pericolo.

Nella narcosi è importante ottenere grandi volumi respiratori: ciò permette di narcotizzare usando concentrazioni lievi della sostanza narcotizzante. Alla fine della narcosi i grandi volumi respiratori permettono un rapido risveglio. Fisiologicamente il volume respiratorio viene regolato della tensione dell'acido carbonico nel sangue. Si è perciò cercato in America, con ottimi risultati, di eccitare il centro respiratorio aggiungendo acido carbonico al gas inspirato, aumentando in tal modo artificialmente il volume respiratorio. Nei primi e negli ultimi minuti della narcosi si aggiunge al miscuglio ossigeno-acetilene dell'acido carbonico in proporzione del 5-10 %.

POLLITZER.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

L. NÈGRE e A. BOQUET. *Antigénothérapie de la tuberculose.* Masson et C.ie, Paris, 1927. Fr. 16.

È un piccolo volume di 158 pagine che raccoglie quanto gli AA. hanno fatto nei loro studi sulla tubercolosi nei riguardi dell'antigene metilico. Detto antigene, noto a tutti per il suo impiego nella deviazione del complemento per la diagnosi della tubercolosi, è costituito da un estratto metilico di bacilli di Koch opportunamente preparato. Gli AA. hanno cercato di impiegare l'antigene da loro proposto, nella cura della tubercolosi sperimentale, e incoraggiati dai favorevoli risultati ottenuti, hanno esteso il metodo terapeutico alla tubercolosi umana.

Essi riuniscono in questo volume il risultato delle loro osservazioni di vari anni, e il lettore vi trova non solo tutti gli elementi di tecnica necessari per la preparazione e l'uso dell'antigene, ma anche tutti i dettagli dell'azione che l'antigene dimostra nella cura della tubercolosi. È ancora un altro esempio degli sforzi compiuti per combattere l'infezione tubercolare usando nella terapia un estratto di bacilli tubercolari.

TRENTI.

MAURICE PÉHU-ANDRÉ DUFOURT. *La tuberculose médicale de l'enfance.* G. Doin et C.ie, édit. 1927. Paris.

È il primo libro francese sulla tubercolosi medica dell'infanzia.

Concepito secondo un vasto piano di trattazione esso aggiorna in modo completo la storia nosologica che fa della tubercolosi infantile un quadro speciale donde il tisiologo anche non pediatra deve prendere le mosse per lo studio della tubercolosi in genere.

Premessi alcuni prolegomeni storico-statistici, gli AA. passano in rassegna le varie e più scottanti questioni: l'eredità tubercolare con il corredo delle moderne concezioni sull'eredo contagio transplacentare e sulle forme filtranti del virus tubercolare, il contagio umano ed animale nell'apprezzamento delle sorgenti dell'infezione, le vie di penetrazione, ecc. In successive ampie descrizioni è esposta l'anatomia patologica dalla localizzazione iniziale alle forme anatomiche complesse secondo i periodi dell'infanzia.

Il nucleo dell'opera è formato dalla esposizione dell'evoluzione e sintesi clinica della tubercolosi infantile, sia dei lattanti che della seconda infanzia: minuta descrizione delle forme cliniche non tralasciante le forme extrapolmonari, pleuriche, ganglionari. cutanee così caratteristiche dell'infanzia.

È superfluo che io metta in rilievo i capitoli riguardanti la Roentgenterapia, la profilassi, la cura.

Con la ricchissima bibliografia mondiale, il libro costituisce una delle più importanti opere la cui consultazione non può che riuscire utile a chi voglia abbordare dal punto di vista pratico o scientifico i multipli problemi che pone la tubercolosi infantile.

MONTELEONE.

Studi clinici di Tisiologia. Un vol. in 8° di 156 pag. Istituto editoriale scientifico. Milano, 1927 Prezzo L. 30.

Sono riuniti in questo volume i lavori compiuti nei primi mesi del 1926 nell'Istituto di Tisiologia di G. Ronzoni a Milano, quale contributo culturale alla V Conferenza internazionale contro la tubercolosi, di Washington. Segnaliamo anzitutto lo studio di G. Ronzoni sul valore del contagio tubercolare nell'adulto, relazione ufficiale alla sopra nominata Conferenza. In esso, l'A., con ampie prove derivate dai moderni studi, conferma che la surrinfezione esogena non può essere considerata la regola nella patogenesi della infezione tubercolare dell'adulto, pur non potendo essere del tutto esclusa.

Interessanti sono anche i lavori su « La semeiotica fisica e radiologica dell'apparato respiratorio » (A. Cecchini), sulle pleurocorticaliti (G. Ronzoni), sulla difesa antitubercolare nelle zone rurali (F. Pecco), sull'ergomanometro (F. Parodi), ecc.

Un complesso di studi che dimostrano il fervore di lavoro dell'A. e della sua scuola e la maturità nel nostro Paese della Tisiologia come specialità medica.

fil.

DARGALLO R. e ESPINOSA M. *Tratamiento de la tubercolosis pulmonar por la Sanocrisina.* Barcelona, Libreria Sintes, 1926. Pesetas 7.

È una pubblicazione dell'Istituto Medico-Farmaceutico di Barcellona, e relativa ad una conferenza che nell'Istituto stesso hanno tenuto gli AA. Essi hanno riferito i risultati osservati su 50 malati di tubercolosi polmonare trattati con la Sanocrisina. Senza essere entusiasti del metodo, essi ammettono che nei casi scelti opportunamente e con una giusta linea di condotta terapeutica, si possono ottenere veramente risultati buoni. Essi hanno impiegato le dosi piccole e quelle medie.

La loro pubblicazione è ricca di documentazioni. e particolarmente di dimostrative radiografie.

TRENTI.

Reports of the St. Andrews (James Mackenzie) Institute for clinical research. Vol. III. Un vol. in 8°, di 224 pag. con fig. Humphrey Milford, Oxford University Press, London, 1926. Prezzo 10/6.

Gli insegnamenti di J. Mackenzie hanno fatto scuola, tanto che si è fondato in Inghilterra un Istituto con lo scopo precipuo di studiare i primi sintomi delle malattie e le condizioni che vi predispongono, aiutando così il medico pratico ad acquisire la conoscenza dei metodi per lo studio della sintomatologia.

Sono appunto i resoconti di tale Istituto che vengono qui pubblicati e che contengono molti studi di interesse pratico. In questo III volume, troviamo studî su: I riflessi viscero-sensoriali, l'albuminuria infantile, il dolore ombelicale nei bambini; casi di esaurimento, la natura delle proteine urinarie, il sistema capillare in rapporto con i sintomi clinici ed altri in cui è sempre tenuto presente il punto di vista della pratica medica.

Precede un interessante discorso di A. Ramsay, che illustra la vita e l'opera di J. Mackenzie.

fil.

Symptom Diagnosis: Regional and General. Wilfred M. Bartou, pag. 851. New-York, Londra: Appleton, 1927.

È un libro volto esclusivamente ad aiutare il pratico nel redigere rapidamente una diagnosi. La distribuzione dei sintomi non è alfabetica, ma essi sono raggruppati per regioni, ed infine un'indice generale racchiude i sintomi che non si sono potuti classificare nella prima maniera. Il libro è, ripeto, veramente utile al pratico.

L. TONELLI.

I CONGRESSI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XXXIII Congresso di Medicina Interna.

Seduta in comune con la Società Italiana di Chirurgia

(*Continuaz. e fine; vedi fasc. prec.*).

La stitichezza abituale (Correlazione radiologica)

Relazione del prof. A. Rossi (Parma).

Il ritardo più o meno accentuato che il contenuto intestinale subisce nella traversata dell'intestino e che clinicamente si manifesta con la impossibilità di evacuare spontaneamente e sufficentemente ogni 24-48 ore, putò essere dovuto sia a cause funzionali sia a cause meccaniche che ostacolano il regolare funzionamento del colon: nel primo caso abbiamo la *stitichezza abituale* (che l'Holtzcknecht chiama « genuina »), nel secondo si origina quella sindrome che passa comunemente sotto il nome di *stasi intestinale cronica*. L'indagine radiologica può servire tanto nell'una quanto nell'altra forma: per rilevare l'alterata funzionalità del colon e dimostrare la esistenza e la sede di una causa meccanica, che, occorrendo, il chirurgo potrà rimuovere.

Per comprendere le alterazioni funzionali e il meccanismo col quale agiscono è necessario ricordare brevemente come si presenta morfologicamente l'intestino normale e specialmente il colon e come procede la sua funzione.

1) *Come si presenta il colon in condizioni normali?* dobbiamo all'indagine Roentgen la dimostrazione della *morfologia reale* del colon nel vivente. La *segmentazione australe* che caratterizza il colon, considerata per lungo tempo come formazione anatomica, dalle osservazioni radiologiche si è dimostrata dovuta ad un elemento funzionale in modo che le singole austra possono accentuarsi od attenuarsi, cambiare di forma, spostarsi o scomparire. *La divisione fisiologica del colon in prossimale e distale* e meglio rispondente alle esigenze della clinica della divisione anatomo-topografica basata sulla diversa direzione dei vari segmenti, è stata completata e meglio precisata dagli studi radiologici i quali hanno contribuito largamente a mettere in rilievo la presenza di *sfinteri* funzionali o anatomici nel punto di passaggio tra i vari segmenti del colon: all'unione del primo con i due terzi del trasverso il Cannon ed il Boehm hanno dimostrato la presenza di un primo sfintere funzionale che separa il colon prossimale dal distale, un secondo è stato descritto dal Pajr e dallo Strauss all'angolo sinistro del colon e divide il tratto distale in colon intermediario a monte e terminale a valle; quest'ultimo a sua volta è diviso nel punto di unione fra colon pelvico e retto da un terzo sfintere dimostrato dal Moutier. Accanto a questi sfinteri altri ne sono stati successivamente descritti: il cieco-colico del Busi nel punto di passaggio tra il cieco e l'ascendente in modo che « il cieco può apparire diviso dall'ascendente mediante un solco anulare profondo, e, in certi casi appare proprio come attaccato all'ascendente mediante un picciolo sottile, regolare, così come un pomo al suo ramo »; lo sfintere dell'Hirsch nella parte prossimale del colon ascendente che analogamente a quanto è stato descritto da Keit ed Hirsch per il colon discendente può assumere il significato di uno sfintere allungato (Montanari); merita infine un particolare rilievo il contributo portato dal Busi e dalla sua scuola nella dimostrazione di uno sfintere in corrispondenza della *valvola del Varolio*, (considerata per molto tempo una semplice valvola membranosa che agisse passivamente), dei suoi aspetti radiografici, dei rapporti funzionali con l'ansa terminale dell'ileo e con gli altri sfinteri del cieco-ascendente in condizioni normali e patologiche.

La dimostrazione di questi sfinteri ha assunto una importanza notevole nella funzione motrice del colon favorendo od ostacolando il transito fecale a seconda delle necessità fisiologiche nei casi normali, mentre in condizioni patologiche pare divengano la sede preferita di alterazioni funzionali od anatomiche.

Di ogni segmento del colon le osservazioni radiologiche hanno precisato la forma, la sede e le loro variazioni (Balli), poi la *spostabilità* sia nelle varie posizioni del soggetto in esame, sia con la palpazione sotto il controllo dello schermo e nei vari momenti del loro riempimento o di quello degli organi vicini, infine (come vedremo fra breve) il *tempo impiegato* per iniettarsi e per *liberarsi del contenuto*. Dettagli tutti che occorre conoscere in condizioni normali per essere in grado di valutare con certezza le alterazioni patologiche e particolarmente ptosi, aderenze, malformazioni congenite.

2) *Con quale meccanismo si compie la progressione delle feci nel crasso?* Per quanto non ancora si sia raggiunto un accordo completo e non pochi dati restino ancora oscuri non c'è alcun dubbio che da quando la indagine radiologica è stata estesa allo studio dell'intestino i progressi raggiunti nell'ultimo ventennio sulla funzione motrice sono in gran parte legati al contributo della radiologia: alla progressione del contenuto intestinale concorrono diversi fattori, la « vis a tergo » (Schwartz, Lossen), la presenza di gas nell'intestino (Max Cohn), la pressione addominale (Schwartz), i movimenti passivi del colon (Busi), ma in particolar modo i movimenti della parete intestinale.

Questi ultimi sono di varia natura e schematicamente si sogliono dividere in: *piccoli movimenti australi*, dimostrati radiologicamente dallo Schwartz prima, poi da Kaestl e Bruegel, Kasch, Bergmann e Bocker, Serena, Milani, ecc. con esami eseguiti ad intervalli di qualche minuto o col seriografo di Busi: consistono in modifica-

zioni continue dei contorni delle austra che ricordano i movimenti ameboidi (Serena) o in spostamenti alternanti dell'apice delle austra, ora da un lato ora dall'altro restando fissa la base (*movimenti pendolari*). La loro funzione è di rimescolare il contenuto intestinale, favorirne l'assorbimento, e farlo progredire lentamente.

L'Holtzcknecht prima poi Case, Rieder, Schwartz, Cohn e in Italia il Tandoia e il Busi hanno dimostrato la presenza di rapide ed estese migrazioni del contenuto intestinale, i cosidetti *grandi movimenti sporadici*, che compaiono solo poche volte al giorno e durano pochi secondi: circa un terzo del colon improvvisamente perde le sue austra, si assottiglia in un cilindro omogeneo a contorni paralleli e subito la colonna opaca si sposta verso l'ano compiendo un percorso più o meno lungo; appena arrestatasi, le austra si riformano. Questi movimenti se il paz. presta attenzione (specie all'atto della defecazione) possono essere avvertiti per quanto generalmente passino inosservati. Secondo Case molti altri questi movimenti rappresenterebbero il principale elemento della progressione normale delle feci nel colon. Anche durante gli esami con i clismi opachi questi movimenti possono essere osservati.

Il Rieder che vent'anni or sono iniziò lo studio dei movimenti gastro-intestinali dimostrò la presenza di sensibili spostamenti di segmenti del colon e specialmente del trasverso e del sigma, i *grandi movimenti pendolari* o movimenti di *ereptazione* come più esattamente vennero ulteriormente definiti, poichè rappresentati da notevoli dislocazioni delle anse senza alcun spostamento del contenuto e modificazione del lume. Secondo alcuni sarebbero dovuti alla contrazione della muscolatura longitudinale, secondo altri a quella delle fibre muscolari liscie contenute nel meso. Secondo Case sarebbero movimenti precursori dei grandi movimenti sporadici dell'Holtzcknecht.

Bergmann e Letz e poi Case hanno dimostrato la presenza anche nell'uomo di *trasporti retrogradi*, già osservati radiologicamente dal Cannon nel gatto ed ammessi poi più tardi dal Glejbloc, Stirlin, Klose, che consistono in un trasporto ora assai lento ora molto rapido della colonna opaca in direzione orale.

Case ha dimostrato all'indagine radiologica la presenza di vere onde antiperistaltiche dallo sfintere del Cannon al cieco e dal sigma all'ascendente, quindi di *movimenti antiperistaltici veri* con funzione analoga a quelli sopra descritti. Anche io dimostrerò la presenza di questi movimenti in casi di stitichezza abituale nei bambini.

La importanza di questi movimenti a ritroso appare subito notevole nei rapporti di eventuali interventi operativi tendenti ad escludere dei segmenti intestinali dal normale circolo fecale.

Anche l'*atto della defecazione*, già illustrato dal Beirn, Cannon, Gant, Goodart, è stato ulteriormente studiato ai raggi X dall'Hertz e dal Moutier, mettendo in rilievo che oltre alle contrazioni della parete addominale, ed alla resistenza opposta dai muscoli del pavimento pelvico, il diaframma si vede abbassare e così gli angoli colici con notevole riduzione di altezza del colon ascendente e discendente. Inoltre si osserva una invaginazione del sigma nel retto agendo come un pistone che spinge innanzi a sè le feci mentre il sigma stesso si raddrizza e lo sfintere si dilata; le feci arrivando nel retto provocano lo stimolo alla defecazione e rapidamente tutto il contenuto del sigma e del retto superando l'ano viene emesso all'esterno. La defecazione quindi si effettua per l'azione sinergica dei varii elementi ricordati.

3) *Come si effettua la traversata intestinale?* È ancora l'osservazione radiologica che ha fornito i dati più approssimativi: la dimostrazione data dall'Hertz è ancora oggi la più attendibile. Il pasto opaco lasciato lo stomaco, dopo circa 4 ore giunge nel cieco; seguendo accuratamente la progressione alla radioscopia si osserva che alla 5ª-7ª ora raggiunge la flessura epatica, alla 10ª-12ª ora arriva alla flessura lienale, alla 18ª ora al sigma; infine dopo 24-30 ore viene espulso. È quindi molto importante tenere conto, durante la osservazione radioscopica del momento nel quale in ogni segmento compare l'ombra del pasto opaco: ma è pure utile studiare la durata del soggiorno del pasto opaco; in 24-30 l'intestino deve essere vuoto e permanere circa sei ore nell'ascendente, dodici ore nel trasverso, 18 nel discendente, 24 nel cieco od anche 30.

4) Le nostre conoscenze sulla *innervazione motoria* dell'intestino si sono anch'esse avvantaggiate dagli studi radiologici: la dimostrazione già data dai fisiologi della presenza nel colon di fibre eccitatrici dei movimenti (appartenenti al vago) e di altre ad azione antagonista (fornite dagli splancnici ed anche dei nervi pelvici, per il tratto terminale) ha trovato chiara conferma nelle esperienze del Cannon e di Klee con il sussidio dei raggi. Così l'influenza di azioni riflesse sulla motilità intestinale è stata messa in evidenza dal Cannon, mentre Lebon e Aubourg con la percussione di centri midollari hanno anch'essi dimostrato tale azione creando le basi di una nuova terapia. Infine dobbiamo ancora al Cannon la dimostrazione radiologica della influenza psichica sulla motilità intestinale, ora eccitatrice, ora inibitrice.

*
* *

L'indagine radiologica dopo aver fissato la morfologia del colon nel vivente, chiarito il meccanismo col quale si compie la sua funzione motrice nell'uomo normale, forniti elementi abbastanza attendibili per stabilire il tempo normale dell'arrivo e del soggiorno in ogni singolo segmento del chimo opaco, per vedere gli effetti degli stimoli che all'intestino possono pervenire attraverso le vie nervose, ecc., ha potuto estendere il suo studio a tutte le alterazioni della

normale funzione del colon che costituiscono la sindrome clinica della stitichezza abituale.

Nella *stitichezza abituale* il meccanismo che altera la normale funzionalità del crasso (poichè è soltanto in quest'ultimo che dalla maggioranza degli AA. la stitichezza viene localizzata primitivamente) è molto complesso e all'indagine radiologica possiamo osservare sia le alterazioni dell'attività motrice, diminuzione, rinforzo, irregolarità, sia le modificazioni più o meno accentuate del tono muscolare, atonia, ipertonia o spasmo, che variamente si associano fra loro. Nella sede degli sfinteri sopraricordati si osserva la comparsa o si rendono più evidenti anelli di contrazione dai quali possono irradiare in direzione divergente onde peristaltiche od antiperistaltiche, mentre in altri casi possono associarsi a perdita della tonicità di un tratto più o meno esteso di colon a monte. Secondo osservazioni riportate dai Reiss il funzionamento di tutti i centri autonomi dell'intestino sarebbe influenzato da reciproci stimoli essendo questi centri fra loro collegati da fibre nervose.

Gli aspetti rilevati all'indagine Roentgen nella stitichezza abituale sono numerosi e svariati; generalmente vengono raggruppati nei seguenti tipi:

1) *Costipazione ipocinetica.* Descritta dallo Schwartz è comunemente accettata ed è caratterizzata sopratutto da una progressione lenta e continua del contenuto intestinale, per cui oltre ad un notevole ritardo nella traversata di tutti i segmenti del colon troviamo che la colonna opaca non presenta alcuna discontinuità. Secondo Schwarz si può associare anche atonia delle pareti ed allora il colon appare anche uniformemente dilatato con scarsa segmentazione australe.

2) *Costipazione ipercinetica o spastica.* Descritta dal Singer e Holtzcknecht, è caratterizzata da ipermotilità dei segmenti prossimali del colon, per cui già dopo sei ore dalla assunzione del pasto opaco appare iniettato il colon distale (trasverso, discendente, sigma) che a sua volta appare notevolmente ristretto, con facile presenza di una interruzione della colonna opaca in corrispondenza del genu recto-romanum, che sarebbe dovuta secondo gli AA. ad uno spasmo intercorrente dello sfintere; inoltre in questi casi per l'aumento della pressione intestinale nel tratto prossimale, si osserva facilmente una insufficienza della valvola ileo-ecale con reflusso del contenuto nel tenue, ed in qualche caso anche della valvola di Gerlch, donde la visione dell'appendice.

3) *Costipazione discinetica.* Descritta dallo Schwartz, è caratterizzata da una progressione del pasto in un tempo normale seguito poi da un arresto prolungato quando la colonna opaca ha raggiunto il retto; la colonna opaca non è continua ma frammentata da interruzioni più o meno estese; le austra sono piccole e numerose, e studiando accuratamente il comportamento del contenuto intestinale durante il prolungato soggiorno si nota una variazione continua nel quadro radiologico per lo spostarsi in senso retrogrado o anterogrado ed il variare di forma delle scibale opache.

In questa forma quindi non si avrebbe limitazione della funzione motrice del colon ma un disordine nella coordinazione dei movimenti nei riguardi della evacuazione e sopratutto una esaltazione di quelli che contrastano e ritardano la progressione delle feci, e cioè la ipersegmentazione e i trasporti retrogradi, favoriti (come recentemente ha messo in rilievo il Lossen) dalla diminuzione della «vis a tergo» che il chimo porta con sè per la contrazione delle anse del tenue al momento del suo ingresso nel colon.

Con discreta frequenza a questa forma si associano segni di colite.

Accanto a queste forme ne sono state descritte altre che potremo chiamare il tipo segmentario in quanto la base della loro distinzione è stata la loro distribuzione topografica.

4) Lo Stierlin ha descritto la forma *ascendente* caratterizzata da un ritardo e ristagno degli ingesti opachi nel cieco-ascendente o dal cieco al primo tratto del trasverso (sfintere del Cannon); si presenta con due aspetti diversi a seconda che il ritardo della progressione è associato ad atonia delle pareti del colon o meglio ancora a spasmo anulare a valle (sfintere dell'Hirsch o del Cannon) con atonia a monte, oppure ad ipersegmentazione

La forma ascendente si può osservare anche per spasmo durevole dei segmenti successivi del colon.

5) Lo Stierlin ha pure descritto un secondo tipo di stitichezza segmentaria: la stasi del *trasverso* caratterizzata dal ristagno prolungato in questo segmento ed anch'essa legata ad uno spasmo dello sfintere del Pajr o dello Strauss, oppure di tutto il tratto terminale dell'intestino, con atonia a monte.

Tanto nella forma ascendente quanto in quest'ultima noi dobbiamo in ogni caso differenziare la natura funzionale dalla presenza di eventuali cause organiche, ed a questo proposito, come il Busi ha rilevato, è di ottimo sussidio lo studio col clisma opaco.

6) Il terzo tipo è la *dischezia*: descritta dall'Hertz, è caratterizzata dal ristagno del contenuto fecale nel retto e nel sigma dopo avere raggiunto il colon terminale in tempo normale. Le cause invocate a spiegare questa forma sono molteplici e le più frequenti sono rappresentate dallo spasmo del genu recto-romanum o da ipertonia di tutto il sigma.

La dischezia è generalmente trascurata o almeno tenuta in poco conto dai radiologi, sia perchè lo studio del tratto terminale dell'intestino si può agevolmente fare con i ben noti mezzi diretti, sia per la scarsa importanza che si attribuisce al ristagno fecale nell'ultimo tratto del colon come fattore generatore della cupremia: come rileverò fra breve io ritengo, in base alle osservazioni fatte durante la mia pratica professionale e per ricerche praticate nei lattanti e

nei bambini, che si debba invece in ogni caso di stitichezza, specie se occorre in soggetti giovani (che troppo facilmente non sono inviati per quest'affezione ad un'accurata osservazione radiologica) studiare con particolare cura anche il colon distale essendo molto intimi i rapporti funzionali tra le varie sezioni del colon e quindi l'influenza che le porzioni terminali possono far risentire su quelle prossimali.

La classificazione riferita se risponde alle classiche dimostrazioni date sulla scorta dei rilievi radiologici, chi la consideri nella pratica e la confronti con i quadri che si osservano negli stittici, rileva subito che essa è troppo schematica, poichè non pochi sono i casi nei quali l'una forma si associa o si trasforma nell'altra, mentre un po' troppo numerosi e scolastici appaiono specialmente gli ultimi cinque tipi descritti.

Infatti i vari quadri descritti per la forma spastica, discinetica, ascendente, trasverso, dischezia si spiegano tutti ammettendo per essi altrettante modalità di sede (di preferenza gli sfinteri), forma e intensità dello spasmo associato a motilità ora normale, ora esaltata, ora attenuata. In tal modo *nella forma discinetica tutte le cinque ultime varietà descritte potrebbero essere comprese e non rappresenterebbero che manifestazioni diverse della stessa forma.*

Quindi nel quadro radiologico a due soltanto si ridurrebbero le forme di stitichezza abituale: la ipocinetica e la discinetica con tutte le varietà descritte.

In quali circostanze, nella pratica, si osservano di preferenza i quadri radiologici ricordati? Dobbiamo subito affermare che il problema è ancora allo studio e quindi non potremo riassumere che le ipotesi emesse.

Recentemente il Rasetto sotto la direzione del prof. V. Maragliano e del compianto prof. Barlocco, in uno studio assai interessante sulla stitichezza abituale, sulla scorta dei dati clinici e sopratutto dei rilievi radiologici, ha potuto rilevare che i due principali quadri, la stipsi ipocinetica e la spastica (o discinetica) sono intimamente legati fra loro: la stipsi inizierebbe, oltre che con una forma atonica primitiva, generalmente con una forma spastica la quale passando attraverso ad un periodo misto in cui si hanno tratti intestinali spastici associati a tratti atonici, giungerebbe allo stadio atonico finale.

A questa tendenza unificatrice, recentemente, l'Holtzcknecht ha aggiunto una concezione eminentemente costituzionale: l'osservazione radiologica fatta nei soggetti normali, in rapporto ai vari tipi di costituzione dimostra che la funzione motrice dell'intestino e del colon in particolare è diversa a seconda del tipo costituzionale al quale si dimostra strettamente legato: orbene se interviene la stitichezza, le turbe funzionali che si rilevano nel quadro radiologico presentano anch'esse un diverso aspetto e che è proprio « preferito » secondo l'A. del tipo costituzionale del soggetto colpito. Quindi nei longilinei si osserverebbe di preferenza la stitichezza ipocinetica, nei brachitipi la forma discinetica; forme miste nei soggetti della seconda categoria del De Giovanni. Naturalmente si trovano anche molte eccezioni e a volte anche delle inversioni e cioè il quadro radiologico di un tipo costituzionale in un soggetto di opposta conformazione morfologica.

Le osservazioni da me fatte in un numero grande di casi (per quanto non studiati dal punto di vista antropometrico) dimostrerebbero la grande considerazione nella quale dobbiamo prendere l'indirizzo datoci dall'Holtzcknecht, indirizzo che trova nella mentalità italiana per merito delle sue grandi scuole mediche un terreno favorevole e già preparato. E credo meritino un rilievo alcuni dati che ho potuto raccogliere studiando la stitichezza abituale nei lattanti e nei primi anni di vita del bambino, studio che a me era apparso interessante per le ripercussioni che può avere sullo sviluppo ulteriore dell'affezione e per chiarirne le eventuali cause; le osservazioni da me fatte si possono brevemente così riassumere: mentre in casi normali l'alvo si vuota dopo 24-30 ore, e in questo periodo è evidente la formazione del « globus pelvicus » con frequenti trasporti retrogradi nel sigma e alternative di periodi di contrazione a periodi abbastanza lunghi di riposo, al contrario nei bimbi stittici si trova: 1) con grande frequenza una dolicocolia del tratto terminale dell'intestino; 2) un notevole ritardo nella progressionale del contenuto intestinale in questo segmento; 3) una esaltazione ed una maggior frequenza dei trasporti retrogradi (in certi momenti appaiono vere onde antiperistaltiche nel sigma) per cui il contenuto intestinale anche dopo evacuazione parziale dell'alvo, viene riportato nel colon discendente o anche nel trasverso e nell'ascendente; 4) spesso il colon prossimale appare disteso da gas. Tanto il ristagno quanto la presenza e la esaltazione dei movimenti retrogradi è stata osservata non solo col pasto, ma anche dopo il clisma e precisamente seguendo il comportamento del liquido opaco accuratamente, dopo la sua emissione dall'alvo con la prima scarica: è interessante rilevare a questo proposito la corrispondenza perfetta dei rilievi fatti prima col pasto e dopo l'evacuazione del clisma e dei risultati da me ottenuti con questo dettaglio di tecnica e quelli rilevati recentemente dallo Schwartz negli adulti mediante la introduzione nell'ampolla rettale di piccole quantità di clisma opaco in modo da riempire la sola ampolla rettale senza provocarne riflesso alla defecazione.

***

Stasi intestinale cronica. — Praticamente potremo riunire in due grandi gruppi, le più importanti cause di stasi: le stenosi ileo-coliche da posizione (Donati e Alzona) e le malformazioni congenite.

Nel primo gruppo, dal punto di vista anatomo-patologico comprendiamo le *ptosi*, le *aderenze* e le *due forme associate*.

Dobbiamo alle osservazioni radiologiche (Maragliano, ecc.) e alla intima collaborazione coll'osservazione chirurgica una più esatta definizione del *concetto di ptosi;* non basta che il cieco sia basso per dire che è ptosico, occorre che tale situazione sia associata da un abbassamento bene accertato della flessura epatica (Busi), mentre sarà spesso difficile stabilire con certezza se il trasverso è realmente ptosico data la grande variabilità di forma e posizione che questo tratto del colon subisce anche in condizioni perfettamente fisiologiche, comunue è solo quando rileviamo la contemporanea ptosi di una flessura che potremo supporre la ptosi. Le ptosi, come le aderenze, agirebbero per la stenosi relativa che per il vizio di posizione si va creando nel lume dell'intestino, ma l'indagine radiologica in questi ultimi tempi ha messo in rilievo un altro elemento che da ora innanzi si dovrà tenere in considerazione e cioè l'*atonia della cistifellea* che spesso accompagna la ptosi intestinale e sulla quale io ho avuto l'occasione di descrivere minutamente le caratteristiche del quadro radiologico, atonia che agirebbe associandosi alla ptosi come fattore chimico sottraendo o meglio limitando lo stimolo della bile sulla peristalsi del colon.

Tutte le aderenze, siano esse di natura congenita o infiammatoria (*membrane pericoliche e pericoliti*) od ancora dovute a membrane congenite secondariamente infiammate (*mesenteriti*) possono rendersi evidenti alla indagine radiologica poichè fissando anse intestinali fra loro, con le pareti addominali, con gli organi vicini, oppure stirandole in determinati punti, accentuando normali flessure, od ancora comprimendo e coartando determinati segmenti, limitando la mobilità di tratti normalmente dotati di facile spostabilità, si determinano inginocchiamenti anormali o accollamenti stabili, irregolarità di contorni, riduzioni di ampiezza del lume intestinale, alterazioni del tono e della motilità in sede od a distanza, con stasi intestinale di un determinato segmento del colon, elementi tutti che accuratamente rilevati e prudentemente valutati possono portare un validissimo contributo alla diagnosi.

Anzitutto ricorderò gli *inginocchiamenti del tratto terminale dell'ileo*: tutte le varietà (a V, a V rovesciato, a ferro di cavallo ecc.) e da qualunque causa determinati possono essere rilevati all'indagine radiologica, e con essi la presenza o meno della stasi ileale. Mentre però Lane basa la sua concezione della stasi intestinale, sugli inginocchiamenti del tubo gastrico enterico e particolarmente su quelli dell'ansa terminale dell'ileo, le osservazioni recenti (Busi) estese su più larga scala di malati hanno dimostrato che se è vero che qualche volta la sindrome del Lane si osserva nel quadro radiologico, in molti altri casi l'indagine radiologica ha dimostrato sia un inginocchiamento senza stasi, sia una ptosi senza inginocchiamento, sia ancora un inginocchiamento dovuto a processi infiammatori o a varietà anatomiche (controllo chirurgico) quindi tolto molto valore alla concezione del Lane. Infine nella stitichezza abituale solo il colon è interessato, mai si osserva stasi ileale.

Gli studi fatti sugli sfinteri del colon e particolarmente su quelli del tratto prossimale hanno portato molta luce sulle affezioni che colpiscono questo segmento: lo sfintere ileo-cecale può alterarsi per lesioni intrinseche (alterazioni del lembo valvolare) o, secondariamente per affezioni delle parti circostanti (aderenze pericecali) e tradursi nell'obiettività radiologica con due quadri, *la insufficienza e la stenosi*, qualche volta riunite insieme. Sia col pasto opaco per os, sia col clisma noi possiamo rilevare l'*insufficienza e la stenosi della valvola del Varolio* e in associazione ai dati clinici risalire alla loro causa.

La presenza di una *membrana pericolica*, sopratutto date le sue varietà non determina un quadro radiologico tipico (Mainoldi) tuttavia noi potremo avanzarne l'ipotesi (che dall'intervento si è dimostrata attendibile) tutte le volte che troveremo un ascendente ristretto o fisso con cieco dilatato e ritenzione fecale e dolore, oppure quando il cieco e l'ascendente presentino delle inflessioni stabili od ancora notevoli deformazioni.

La malattia di Payr quando è ragione di stasi è pure messa in rilievo sia col pasto sia col clisma; può invece sfuggire quando l'accollamento delle due anse della fessura lienale pur essendo accollate e fissate permettono una canalizzazione sufficiente del colon.

Nel tratto terminale dell'intestino due affezioni ancora possono avere luce dall'indagine nostra: la *mesenterite* e la *diverticolite*, che entrambi possono decorrere per lungo tempo inosservate e presentarsi clinicamente solo con una sindrome di costipazione. La presenza di un sigma che assume stabilmente una forma a ferro di cavallo con estremi ravvicinati, e restringimento del lume nel punto di contatto tra le due anse, oppure un accollamento a doppia canna di fucile, od ancora un'immagine ad M con stasi intestinale a monte dei punti ristretti, ci farà pensare alla mesocolite, mentre il rilievo, specie dopo un clisma, con le modalità proposte dal Case, di immagini diverticolari magari di tratti di intestino ristretti nelle loro adiacenze parleranno decisamente in favore della seconda e metteranno in rilievo (nel caso di riduzione del calibro intestinale) anche la presenza di una pericolite stenosante.

Le malformazioni congenite prima considerate rare e rilevate generalmente solo casualmente durante un intervento o alla necroscopia, dopo l'impiego dell'osservazione allo schermo specie nei casi di stitichezza ostinata, si sono dimostrate sempre più frequenti in ogni periodo della vita e la dimostrazione delle loro caratteristiche nel quadro radiologico fa sì che con maggiore facilità le andiamo rilevando e riconoscendo. Io ricorderò insieme alcune anomalie del colon che non sempre si dimostrano soltanto congenite, per il fatto che mi vado facendo la convinzione che di mano in mano che allargheremo le nostre ricerche il nu-

mero delle forme congenite prevarrà su quelle dovute a cause acquisite.

Gli allungamenti del colon pur rilevati ai raggi per la prima volta da Kimböch nel sigma (il sigma elongatum et mobile) e più tardi dall'Hertz nei neonati, dal solo Lardennois e Aubourg sono stati descritti in modo completo e messi in rilievo per la loro importanza nosologica: dobbiamo così alla radiologia la descrizione anatomica nel vivente delle numerose forme di allungamenti definiti dagli AA. ricordati come *dolicocolie* e delle loro caratteristiche, che brevemente possiamo così riassumere: mobilità spiccata delle anse, facile ptosi e inginocchiamenti donde stasi accentuata e quindi clinicamente stitichezza ostinata. A volte la dolicocolia può passare lungamente senza alcuna manifestazione clinica, in questi casi allora troviamo che la motilità intestinale non appare alterata mentre nei casi con stitichezza tanto il tono quanto la peristalsi intestinale si dimostrano alterate.

Anche l'abnorme dilatazione totale o segmentaria del colon, il *megacolon* è spesso rilevata ai raggi anche in casi non sospettati e facilmente dimostrata col clisma opaco; ma interessante è pure l'indagine Röntgen sia per stabilire esattamente il volume e l'estensione, dell'ansa dilatata sia per rilevare la presenza o meno di un ostacolo: e se il diaframma Mauclaire uno spasmo dello sfintere anale o del genu recto-romanum sono facilmente rilevati anche all'esame diretto, meno agevolmente specie nei bambini è il rilievo della ipertrofia delle valvole di Houston, una eccezionale lunghezza del sigma con infessioni stenosanti. Il quadro radiologico in tutti questi casi è caratteristico, mentre spesso è clinicamente simulato da una stitichezza abituale.

In questi ultimi tempi abbiamo avuto, sopratutto per merito dei rilievi radiologici, la illustrazione di anomalie congenite del tubo digerente le quali hanno anch'esse fornito alla clinica la dimostrazione che un errorte morfologico, per quanto grave ed esteso non si appalesa per molto tempo con fenomeni clamorosi, anche con una sindrome che altrimenti sarebbe passata come un disturbo d'ordine funzionale (Vigi), quale la stitichezza abituale: le osservazioni dello Schiassi, Melchior, Mijake, Possati, alle quali poi il Vighi ha aggiunto altri sei casi studiati al tavolo anatomico si sono seguite a brevissima distanza di tempo. Si tratta generalmente di casi di mesenterium comune con mancata rotazione dell'ansa di Toldt e di un caso di retroposizione del colon. La importanza del loro rilievo è grandissima poichè si può prevedere e prevenire così l'esito finale, la torsione assiale intorno al pendunculo mesenterico, e quindi il volvolo.

Terapia. — L'impiego dell'indagine radiologica è stata da tempo esteso anche al controllo dell'influenza dei medicamenti che agiscono sulla funzione motrice del colon e brevemente possiamo ricordare che i lassativi, gli oppiacei, la adrenalina, la atropina, la pilocarpina sono stati successivamente studiati.

In tal modo la clinica possiede un nuovo mezzo obbiettivo e sicuro di guida e di accertamento dei risultati della terapia medicamentosa. Ma di uguale se non maggiore importanza si è dimostrato il controllo allo schermo dei risultati ottenuti nei vari interventi operativi proposti per la cura della stitichezza e della stasi.

Dei più importanti, le varie forme di esclusioni del crasso, senza entrare in dettagli, ricorderò che mentre una schiera di valenti chirurghi (Donati, Caucci, Ceccherelli ecc.) ha rilevato una regolarizzazione della funzione intestinale, se non perfetta certo praticamente ottima, altri invece con a capo il De Querven e lo Stierlin hanno dimostrato che « nei casi nei quali il tenue è stato impiantato chirurgicamente in un punto qualsiasi del crasso, se non vi era un ostacolo anatomico, il reflusso del contenuto intestinale sia per i trasporti retrogati, sia per la mancata vis a tergo (secondo Lossen) giunge fino al cieco. La ulteriore osservazione preciserà e dirimerà le divergenze.

Seduta pomeridiana del 20 ottobre.

Presidente: Prof. V. ASCOLI (Roma).

Prima che s'inizi la discussione sulle Relazioni, il Presidente prof. V. ASCOLI, chiede che al prof. Ciminata, aiuto del prof. Donati, venga concesso di riferire su alcuni nuovi studi sul campo del diabete.

Il prof. CIMINATA svolge quindi la sua comunicazione riguardante *Le basi sperimentali per un possibile nuovo indirizzo della terapia chirurgica del diabete pancreatico.* Egli dopo avere ricordato i rapporti esistenti fra pancreas e capsule surrenali nella funzione glicoregolatrice, riferisce le sue esperienze dirette a ricercare l'effetto della enervazione delle capsule surrenali nel cane spancreato. Dopo una serie di ininterrotti tentativi infruttuosi a volte sconfortanti è riuscito a far sopravvivere un cane, che egli presenta al Consesso, e del quale i dati più salienti sono i seguenti:

Cane giovane del peso di kg. 5,200; operato il 26 agosto 1926 di asportazione completa del pancreas.

L'animale dimagra, diventa glicosurico e iperglicemico e l'8 settembre raggiunge il peso di kg. 4 con glicemia del 3,60 ‰. In tale giorno è operato di enervazione bilaterale delle capsule surrenali. Il 12 settembre la glicemia è dell'1,60 per mille, il 27 settembre dell'1,15 ‰, e il peso è salito a kg. 8,500. L'O. espone soltanto i dati della esperienza compiuta, si domanda se questi risultati non stiano per indicare un nuovo indirizzo nella terapia chirurgica del diabete. Si augura che una intima collaborazione fra le varie scuole italiane porti alla soluzione di questo importante problema. Domanda che davanti ad una commissione stabilita venga fatta l'autopsia del cane onde constatare se l'asportazione del pan-

creas fu completa, e se per caso non esistessero pancreas accessori.

Ne seguì una appassionata discussione nella quale presero parte vari oratori.

CESA BIANCHI (Milano). — Ricorda come egli già da un anno abbia affrontato la questione del diabete nello studio del complesso ormonico iperglicemizzante e come dopo molte ricerche abbia trovato che fra le sostanze paralizzanti del simpatico l'ergotamina sia quella che rende riducibile la quantità d'insulina necessaria a diminuire una data glicemia.

CONDORELLI (Napoli). — Ricorda di avere nel 1924 pubblicato un suo lavoro sulla importanza che nella glicoregolazione del sangue hanno i due ormoni insulina e adrenalina.

FOÀ (Milano). — Anzitutto propone di non uccidere il cane perchè crede sia utile compiere su esso alcune altre ricerche. Osserva che sarebbe stato meglio che l'animale fosse adulto perchè anche una piccola parte di pancreas rimasta può, per effetto della crescenza, essere divenuta sufficiente alla sopravvivenza dell'animale. Giudica importantissimo il risultato ottenuto con la enervazione delle capsule surrenali non solo nei riguardi della sopravvivenza dell'animale ma sopratutto per l'aumento di peso verificatosi. Ricorda come i dati riferiti si accordino con l'esperienza già nota che nei cani decapsulati l'insulina dimostra una maggiore attività. Propone che venga ricercato se le capsule surrenali dell'animale operato ricevono ancora adrenalina e quanta, il che può essere fatto con l'aiuto della circolazione crociata. Crede inoltre utile conoscere quanto sia il glicogeno epatico e quanto quello muscolare.

CIMINATA. — Ringrazia e insiste perchè venga fatta l'autopsia.

Comunicazioni relative al tema di relazione.

ALESSANDRI R. (Roma). — *Indicazioni all'intervento chirurgico e le modalità operatorie nella stipsi specialmente da pericolite.* — Dice di aver ascoltato con attenzione quanto hanno riassunto i tre relatori; sulla relazione medica, ottima, desidera soltanto osservare che non vi sono trattati quei casi che costituiscono appunto il limite fra le lesioni funzionali e quelle anatomiche, e che sono proprio i più importanti perchè è in essi che è più arduo il giudizio sulla cura medica o chirurgica. La radiologia è stata di grande interesse, oltre che per la ricca documentazione presentata, per alcuni punti che ritiene essenziali; specialmente la dimostrazione di casi con reperto tipico (diverticoli, invaginazione, ecc.) che indica senz'altro l'intervento operativo, mentre la sindrome clinica poteva riportarsi a quella di una stipsi abituale di tipo funzionale; assai importanti anche sono stati gli esami radiologici che provano i movimenti retrogradi del contenuto colico e i riflessi dopo le esclusioni; e lo studio che il prof. Rossi ha intrapreso sulla stipsi dei bambini, di cui ha riportato esemplari di grandissimo interesse.

La relazione chirurgica assai estesa e minuta è stata la sola che si è occupata di quei casi limite, che sono i più discussi, in cui alterazioni funzionali e anatomiche si associano, e nei quali dunque è necessario valutare l'importanza relativa dei due fattori, per stabilire quale sia prevalente e decidere in conseguenza se convenga più insistere ancora nella cura medica o decidere invece di ricorrere a quella chirurgica.

Non si dichiara però del tutto d'accordo col relatore in ogni punto.

Ad esempio, non crede sia giusto affermare, come il Rel. dice, che sia sempre prima da esperire la cura medica, e insistervi e solo in caso d'insuccesso evidente e constatato pensare alla cura chirurgica perchè ciò equivale dire che i medici sono autorizzati a non consigliare i malati a rivolgersi ai chirurgi, se non quando spesso sono ridotti a tali condizioni, da rendere grave la prognosi immediata dell'intervento e assai dubbio un ripristino funzionale soddisfacente, anche tardivo. Mentre esistono indubbiamente casi, come alcuni di quelli riferiti dal prof. Rossi, che colla sindrome clinica di stipsi semplice presentavano invece lesioni anatomiche tali da poter affermare che il trattamento medico sarebbe sicuramente inutile e talora anche pericoloso per l'attesa. A questi si debbono aggiungere dei casi tipici di megacolon, e specialmente di megasigma, che confermano tale sua opinione e di cui può mostrare diapositive e preparati.

L'esame radioscopico costituisce secondo l'O. la indagine fondamentale; crede non si debba omettere in alcun caso, anche in quelli che apparentemente sembrano forme di puro disturbo funzionale. Sarà bene spesso non contentarsi di un solo esame, ma ripeterlo, e soprattutto aggiungervi un esame radioscopico col clisma opaco; l'O. ha osservato casi e ha a documentazione delle diapositive, che confermano questa necessità diagnostica.

Crede opportuno insistere specialmente sui reperti frequenti, in casi di stipsi abituale, di lesioni di pericolite cronica, che non sempre sono legate ad un'appendicite pregressa, ma talora si possono riferire almeno in parte ad alterazioni anatomiche congenite, più spesso o insieme a queste a cause infettive o tossiche dovute alla stessa stasi o a fatti colitici concomitanti o a diffusione di flogosi biliari o duodenali, e portano ad alterazioni o retrazioni delle pareti coliche dei mesenteri, aderenze, membrane, accollamenti, ecc., lesioni tutte che non sono facilmente suscettibili di guarigione colle cure mediche, ma richiedono spesso un intervento chirurgico.

Queste lesioni, contrariamente a quanto sostiene il relatore, sono secondo l'O. più frequenti nella metà destra del colon (ceco, ascendente, angolo epatico, prima metà del trasverso).

Sulle modalità dell'intervento dice che ha sperimentato le liberazioni, le plastiche, le passie, le stomie, le esclusioni: ma solo raramente si può così raggiungere un successo completo e duraturo.

Crede pertanto che nelle lesioni tipiche di pe-

ricolite, ordinariamente a destra, l'operazione di scelta debba essere la emicolectomia destra. L'intervento non è grave, certo non più grave di una stomia o di una esclusione, e dà viceversa risultati assai migliori, in genere duraturi e spesso sorprendenti.

Ha praticato per questa incidazione 14 emicolectomie con un solo decesso. Non crede invece che eccezionalmente indicata la colectomia totale, che per suo conto non ha mai praticata.

PASCALE (Napoli). — Un quarto gruppo di momenti causali di stitichezza cronica è dato da tutti quei processi patologici, d'indole diversa, della cavità peritoneale (peritoneo ed intestino) i quali o meccanicamente o per infezione cronica, e per esiti di processi pregressi, finiscono coll'impedire la funzione normale del colon.

Si comprende che in questi casi diversi per cause e per patogenesi non si può dare una indicazione precisa di tecnica operativa che può andare dalla semplice anastomosi, sequestrazioni, ecc. e può arrivare sino alla asportazione completa del colon.

In questo è la esperienza individuale del chirurgo che, d'accordo col medico, stabilirà in ogni caso.

In ciò sta il successo dell'operazione.

L'O. pensa che riguardo alla patogenesi della stitichezza cronica abituale, oltre ai tipi prospettati dal relatore meriti grande attenzione quello stato di alterazioni che si possono riscontrare non raramente nella metà laterale destra, le quali sono collegate ad una serie di alterazioni *congenite* del cieco, del peritoneo, ecc., le quali appunto possono essere un'altra causa di stitichezza abituale.

Mentre per le prime due forme l'O. non interviene quasi mai chirurgicamente, nelle seconde invece coll'operazione molto semplice di una anastomosi ileo-colica nel punto prossimiore del colon sano guarisce sicuramente le sofferenze e la stitichezza.

PONTICACCIA L. (Parma). — *La stitichezza ipotiroidea.* — L'O. richiama alcune sue osservazioni presunte circa l'utile effetto della cura tiroidea in casi di stipsi cronica funzionale. Passa quindi a trattare dei nessi che esistono tra ipotiroidismo e stipsi e dopo avere citato le osservazioni di vari altri autori mette in luce i rapporti che si possono osservare fra costituzione e stipsi e specialmente come nei tipi longilinei ipovegetativi e stipsi prevalentemente del tipo ipocinetico. In questi soggetti la cura con tiroidina opportunamente condotta non solo migliora la motilità del colon ma ne aumenta il tono del sistema neuromuscolare. Osserva come sia difficile precisare quanto spetti ad una azione diretta della tiroidina sull'intestino e quanto ad una azione indiretta attraverso ad una stimolazione dell'appetito e dell'intensità del ricambio generale.

PESCATORI e PONTICACCIA (Parma). — L'O. espone i risultati delle sue ricerche compiute con il controllo di numerose osservazioni radiologiche circa la diversa azione che i vari ormoni hanno nella motilità e nel tono dell'intestino.

MATTOLI (Chieti). — *Indicazioni, modalità ed esiti della cura chirurgica della stitichezza grave e ribelle.* — I casi in cui è intervenuto corrispondono al titolo della sua comunicazione. In 21 anni ha operato 61 pazienti. L'intervento è indicato per quei malati in cui il ristagno delle feci è causato da vizi di posizione, membrane pericoliche, ecc., fattori che con l'ostacolo meccanico della propensione delle feci determinano la comparsa dei disturbi generali. Distingue una stasi destro-colica e una sinistro-colica. Non è vero che la stasi destro-colica sia eccezionale, anzi afferma che dalla indagine clinica, dalla biopsia, dal fattore curativo, ha dedotto la convinzione che la stasi destro-colica è quasi la regola. Nei suoi casi esisteva nella percentuale dell'81 %.

Riguardo la membrana di Jakson conviene nel ritenerla di origine congenita, può però intervenire un fattore infiammatorio che fa arguire tale carattere alla membrana rendendola dura, costringente. Nei casi da lui osservati prevale il sesso femminile (13 uomini, 48 donne). È partigiano della emicolectomia destra.

MORELLI E. — *Coloptosi e stitichezza.* — Si dichiara anzitutto poco interventista nella cura della stitichezza, limitando le indicazioni all'intervento soltanto a quei casi nei quali si verificano condizioni che ne alterino la peristalsi. Osserva come la coloptosi non sia sempre causa di stitichezza, e come talora anche quando coesistano coloptosi e stitichezza possa mancare ogni disturbo subiettivo. Egli pensa però che la coloptosi congiunta alla stipsi, possa dare luogo a fenomeni di intossicazione con danni non indifferenti per il paziente.

BIANCHERI (Reggio Emilia). — *La cura chirurgica della stitichezza abituale in un centinaio di malati. Tecnica, risultati recenti e lontani, presentazione di operati.* — Dal 1925 ha operato 103 casi di stipsi cronica. Ha abbandonato qualsiasi tipo di pessia per la plicatio. Gli stitici sono individui astenici in cui il fatto primo è l'ipotonia con ptosi dell'angolo del colon, secondariamente intervengono altri fattori; così le lesioni della mucosa e della sierosa. Riconosce alla plicatio il merito di rendere al cieco la funzione di «pompa» nella progressione delle feci liberandolo e ridandogli la tonicità, e di facilitargli il compito eliminando la ptosi, le sinuosità dell'intestino.

Pratica la plicatio longitudinale abbreviando e innalzando il cieco, abbreviando l'ascendente, eliminando l'angolo epatico, raddrizzando il trasverso.

In 20 casi ha praticato una plicatio verticale allo stomaco associando o no, a seconda della

tonicità una gastroenterostomia o una plicatio del colon trasverso. Ha avuto successi in tutti i casi in cui è intervenuto.

Afferma che la cefalea e gli altri disturbi che Schiassi ha affermato dipendenti dalla natura del paziente sono invece dipendenti dalla stipsi perchè cessano dopo l'operazione quando l'evacuazione diventa giornaliera.

G. PIERI (Belluno). — *Contributo alla cura chirurgica della stipsi.* — L'O. riferisce su 21 casi di stipsi abituale da lui operati: 3 dovuti ad ostacolo meccanico e 18 di carattere funzionale. I 3 casi di stipsi di natura meccanica e a patogenesi verosimilmente congenita concernono un caso di briglia trasversale comprimente l'ascendente subito al disopra del cieco (sezione della briglia), un caso di briglia trasversale fra ascendente e trasverso (sezione della briglia e ciecosigmoidostomia) e uno di dolicocolon, con accollamento esteso dell'angolo splenico (larga anastomosi fra trasverso e discendente).

Più interessanti appaiono i 18 casi di stipsi di origine funzionale, di cui 13 appartengono al tipo atonico ciecoascendente e 5 al tipo spastico trasversodiscendente.

In un caso di stipsi atonica l'O. praticò l'impianto del tenue nel sigma, con cattivo risultato (accumulo periodico di feci nel cieco, dovuto ai movimenti antiperistaltici).

In 8 casi (7 del tipo atonico e 1 del tipo spastico) l'O. praticò la ciecosigmoidostomia, colla tecnica che egli chiama dell'anastomosi-resezione (resezione del fondo del cieco e della parete sigmoidea a livello della anastomosi) coll'intendimento che il contenuto intestinale scendesse dal cieco nel sigma, e quello che per i movimenti antiperistaltici fosse ricondotto nel cieco o desse nuovamente nel sigma. Ma i risultati non corrisposero, perchè la quantità di contenuto intestinale che passava per l'anastomosi era minima.

Allora l'O. pensò di combinare i due tipi di anastomosi: il contenuto intestinale avrebbe dovuto passare tutto nel sigma attraverso l'anastomosi ileosigmoidea, e quella parte che per i movimenti antiperistaltici avesse refluito nel cieco, sarebbe caduta di nuovo nel sigma attraverso la anastomosi ciecosigmoidea. Con questa tecnica furono operati 5 casi (2 di stipsi atonica e 3 di stipsi spastica). Si ottenne solo un miglioramento: piccole scariche quotidiane, e a distanza di settimane o di mesi periodico accumulo di feci nel cieco-ascendente, che costringe all'uso di purganti.

Visto lo insuccesso delle anastomosi nella cura della stipsi abituale di origine funzionale, l'O. pensò alla possibilità di risolvere la questione coll'intervento sul sistema nervoso viscerale.

Nella stipsi a tipo atonico ritenne trovasse la sua indicazione con intervento sul simpatico (resezione del piccolo splancnico di destra) che applicò in tre casi, ottenendo la scomparsa della atonia (queste operazioni datano da 7, 6 e 3 mesi).

Nella stipsi a tipo spastico intervenne sul parasimpatico, resecando il vago di sinistra, e ciò in un caso datante da 7 mesi, in cui per ora il successo si mantiene.

L'O. ritiene che data la scarsezza dei casi e la data recente della operazione non sia possibile per ora trarre conclusioni su questo nuovo indirizzo di cura della stitichezza abituale di carattere funzionale, che sembra presentare caratteri di rigorosa razionalità, e che forse è destinato ad allargare notevolmente il dominio delle indicazioni chirurgiche.

M. LAPENNA (Belluno). — *Osservazioni radiologiche sulla cura chirurgica della stitichezza abituale.* — L'O. riferisce i dati radiologici fondamentali tratti dagli esami praticati su malati di stipsi cronica puramente funzionale sottoposti a interventi di varia natura dal prof. Pieri.

Stabilita la differenziazione fra la stipsi atonica del tipo ascendente e la stasi ciecale, e fissato il criterio generale che l'atonia del cieco-ascendente è indipendente dagli eventuali stati spastici nei segmenti più distali del colon, passa a riferire anzitutto i dati dell'esame Roentgen dopo i vari tipi di anastomosi. Nell'ileo-sigmoidostomia il dato principale è la presenza quasi costante del flusso retrogrado antiperistaltico dal sigma verso il cieco; nella ciecosigmoidostomia la causa del mancato successo sta nel fatto che la anastomosi in genere non funziona; e non funziona nella cieco- ed ileosigmoidostomia associate, in cui a distanza di tempo si è verificata pure una stasi per antiperistalsi.

Notevoli invece i risultati dell'esame negli interventi sui nervi (resezione del piccolo splancnico di destra nella stipsi atonica e del vago sinistro nella stipsi spastica) in quanto si è notato il ristabilimento di condizioni normali di tono e di motilità sia nelle forme atoniche sia in quelle spastiche in malati osservati successivamente con numerosi esami fino a 7 mesi dall'intervento.

Discussione delle relazioni.

ROSSI B. (Milano). — Le osservazioni per stipsi danno una mortalità del 7-8-9 % per tale causa e anche perchè non ha avuto sempre risultati buoni arriva all'intervento e alla colectomia solo in casi eccezionali. Ricorda che talvolta con interventi minimi si possono ottenere ottimi risultati: in un paziente con stipsi gravissima e con crisi di occlusione intermittente dopo una plicatio ha avuto un buon risultato.

DONATI (Padova). — Quando la stipsi abituale è dovuta a un fattore costituzionale la cura deve essere medica. Con questa cura si possono ottenere buoni risultati anche in qualche caso di stipsi da cause meccaniche fino a quando non si viene allo scompenso.

Non crede che si debba limitare la definizione di stipsi abituale solo alle forme congenite ma che si debba estenderla anche alle forme determinate da mesocolite, mesosigmoidite, da appendiciti riconosciute o no, ecc. Nella sua pratica ha

visto che prevalgono le forme di stipsi destro-colica.

Non fa più pessie perchè inutili e spesso dannose. L'ileosigmoidostomia, la ciecotrasversostomia, ecc. sono cattive operazioni. L'emicolectomia destra è invece una operazione molto semplice, con scarsa mortalità. Usa praticare l'anastomosi termino-laterale. Nella stipsi da megacolon la resezione del sigma è l'intervento migliore e praticabile in una sola seduta se viene eseguito con rapidità.

FERRATA (Pavia). — L'O. osserva anzitutto come dall'esposizione fatta dai vari relatori, appaia esistere un dissenso fra loro sì che non facile è ricavarne un chiaro concetto sull'argomento. Afferma che su alcuni punti fondamentali deve esistere un accordo fra l'internista e il chirurgo e si domanda anzitutto quale sia la stitichezza abituale. Egli crede che sia di dominio medico quella stitichezza che è dovuta a condizioni naturali congenite o costituzionali ed è convinto che in tali forme qualche cosa pure si può fare di utile con le cure mediche. Circa la patogenesi in alcune forme è evidente un ipotiroidismo o un iposurrenalismo. La cura adeguata può dare ottimi risultati. Tutte quelle forme di stitichezza che sono dovute ad alterazioni organiche a tipo stenosante non hanno a che fare con la stitichezza cronica abituale.

GAMBERINI (Bologna). — Ha osservato con esami radioscopici praticati dopo derivazioni per stenosi organiche o per stipsi da pericolite che il pasto mostrava una canalizzazione normale. Nella derivazione nella stipsi costituzionale, quando non esisteva un ostacolo al riempimento della parte esclusa, l'intervento non aveva fatto altro che aggravare i sintomi precedenti.

Dopo colectomia nella stipsi abituale, ha osservato un ristagno enorme con dilatazione dei monconi il che non avviene invece quando l'intervento è stato praticato per un ostacolo meccanico alla progressione delle feci. Consiglia perciò di evitare l'anastomosi latero-laterale.

VESPIGNANI. — A proposito delle mesocoliti prese in esame dal relatore Spangaro, osserva come in esse sia da tenere in considerazione la alterazione delle fibre nervose che decorrono nel meso. E cita ad appoggio di tale asserzione quanto egli ha potuto notare in 30 casi di dilatazione circoscritta di alcuni segmenti del tenue. In tali casi si notava una mesenterite con evidenti lesioni nervose.

Nei riguardi dell'importanza dell'atonia della cistifellea di cui ha parlato il Rossi, egli osserva che anzitutto ha importanza la posizione sulla quale si esegue l'esame radiografico, poichè in posizione eretta la cistifellea si mostra più rapidamente, e che talora il vuotamento lento può essere solo apparente perchè dovuto ad un lento riempimento. A proposito delle osservazioni riportate dal Pescatori l'O. ritiene che le modificazioni del colon studiate in seguito a stimoli farmacologici, poco possono concludere, perchè è facile notare nello stesso individuo e a brevi intervalli di tempo, notevoli oscillazioni dello stato del colon.

Risposte di Relatori.

SCHIASSI. — Avverte anzitutto che risponderà soltanto alle questioni più importanti. Se qualcuno ha creduto di rilevare un disaccordo di opinioni con quanto ha esposto il relatore radiologo, ciò non è in realtà perchè egli ritiene che i grandi movimenti di Holzknecht costituiscano un dato di fatto sicuro: insiste però sul fatto che l'esistenza di onde peristaltiche risulta solo nel colon discendente, è dubbia nel trasverso.

Riguardo all'ascendente Rossi ha citato un solo autore che l'avrebbe vista con sicurezza, onde la questione è ancora insoluta. Al prof. Alessandri fa rilevare che ben si comprende come i chirurgi possano ottenere quelle guarigioni definitive che spesso non ottengono i medici; perchè i chirurgi si preoccupano principalmente di rimuovere ostacoli meccanici. Circa il reperto citato dal sen. Rossi, il R. riferisce di avere egli pure studiato due casi analoghi appartenenti alla stessa famiglia, e presentante un colon allungato e molto largo. Se il colon lungo e largo è il prodotto di una stitichezza prolungata, come effetto della distensione e dello stiramento, può darsi che col ristabilirsi della funzione normale, cessando la distensione e lo stiramento il colon ritorni alle dimensioni normali. Al prof. Donati osserva che non solo ha messo in evidenza l'importanza del fattore funzionale, ma che ha anche affermato come le anomalie di costituzione del tubo digerente debbano essere considerate anzitutto come fattori associati ad un disturbo funzionale del sistema nervoso vegetativo intestinale. Rispondendo al prof. Ferrata rileva come la definizione che il Ferrata ha esposto coincide perfettamente con quella posta in principio della Relazione. Tutte le stitichezze associate a malattie organiche di visceri addominali sono meglio indicate con la denominazione di stitichezze occasionali.

Riguardo alle conclusioni terapeutiche il R. osserva come la stitichezza abituale sia una sindrome che spesso comincia nella fanciullezza e che dura tutta la vita, con alternative di miglioramenti e aggravamenti; sindrome che ha per caratteristica le recidive. Egli afferma che dalle applicazioni del piano terapeutico, esposto nella sua relazione, ha quasi sempre ottenuto dei successi immediati; ma che non può con altrettanta sicurezza affermare che quei successi siano definitivi. Nella sua casistica quanto più a lungo ha protratto il controllo, tanto più frequenti sono state le recidive.

SPANGARO. — I casi di stipsi a patogenesi funzionale non devono essere operati. Per i molteplici fattori funzionali che coesistono sempre si deve prima sperimentare la cura medica, se con questa non si ottiene un miglioramento, se i disturbi che accusa il malato sono gravi interverrà il chirurgo. Il miglioramento che si ot-

tiene con l'intervento è sicuro, la convalescenza però è lunga.

È necessario un lungo periodo di convalescenza perchè nella stipsi abituale accanto ai fattori meccanici che sono eliminati dall'intervento esistono fattori funzionali che il chirurgo non può modificare all'atto dell'intervento, fattori importanti che si possono valutare con il 30 o il 50 % di concausalità.

Raccomanda di fare una indagine clinica prolungata dell'operando perchè così si limiterà il numero dei pazienti in cui un'indagine affrettata porta all'intervento

L'O. è fautore della colectomia totale perchè ammette che tutto il colon è causa della stipsi. Conferma la sua opinione che la maggioranza dei casi sia rappresentata da stipsi sinistro-coliche, in cui cioè la metà sin. del colon è la causa dell'affezione che poi si riverbera anche nella metà destra. (« La parte che soffre è la destra, quella che fa soffrire è la sinistra »).

Conclude accennando alla possibilità di un fattore nervoso dipendente da lesioni dei nervi per mesosigmoidite, crede che l'esistenza di questo fattore sia dimostrata sperimentalmente perchè producendo delle lesioni a carico dei nervi si è ottenuta una ectasia del grosso intestino.

ROSSI. — Ringrazia anzitutto i colleghi che hanno preso la parola e particolarmente il prof. Alessandri e il prof. Ferrata per le loro parole riguardanti la radiologia e la sua relazione. È d'accordo con lo Schiassi circa i movimenti del colon il cui studio è nei riguardi della radiologia ancora aperto. Al Pascale osserva che le diverticoliti sono di pertinenza chirurgica in quanto esista contemporaneamente una stenosi. Non è d'accordo col Vespignani perchè non si può ammettere una atonia della cistifellea in base ad un solo dato morfologico, ma solo quando accanto alle modificazioni morfologiche esistono quelle funzionali rilevabili anche col sondaggio duodenale.

Seduta antimeridiana del 21 ottobre.

Presidenza: Prof. DEVOTO (Milano).

Comunicazioni varie.

MAROTTA R. (Napoli). — *Biologia delle cirrosi epatiche e cirrosi ad eziologia mista.* — In base alle sue ricerche e ad osservazioni cliniche l'O. conclude che la sifilide e l'eredosifilide hanno grande importanza nella eziologia delle cirrosi; per la tubercolosi occorrono ulteriori ricerche; la malaria predisporrebbe il fegato e risentirà l'azione di cause tossiche cirrogene. L'alcool avrebbe secondo le più moderne ricerche importanza minore e solo preparerebbe il terreno alle cirrosi. Secondo l'O. il polimorfismo clinico delle cirrosi epatiche tenderebbe a giustificare l'ipotesi che esse siano una delle manifestazioni di una malattia che interessa parecchi altri organi, più che malattia localizzata al fegato.

LAURI A. (Napoli). — *Fisiopatologia del fremito cranio vocale e voce ascoltata sul cranio.* — Studiando il fremito cranio vocale per la prima volta osservato dal Landolfi, l'O. ha potuto notare:

1) a narici chiuse il fremito si percepisce meno chiaramente;

2) il fremito è più intenso a voce bassa e forte anzichè a voce alta;

3) esso è forte sul frontale e va decrescendo di intensità a mano a mano che si passa nei parietali, nell'occipitale e nei temporali dove quasi si spegne;

4) l'impervietà del cavo naso-faringeo in generale lo diminuisce.

In base a ricerche fatte sul cadavere col diapason l'O. ha potuto concludere che per trasmettersi il fremito cranio vocale si serve sia della via aerea che di quella ossea. La voce ascoltata sul cranio si comporta secondo le norme del fremito cranio-vocale.

DONINI G. —*Della anisocoria nelle sindromi addominali.* — Studiando l'anisocoria nelle malattie addominali ha trovato che tale sintomo è presente dal 21 al 27 % e che precisamente si trova nell'81,8 % nelle colecistopatie, nell'87 % nelle ipersplenomegalie, nell'81,8 % nelle coliti, nel 42,8 % nell'appendicite, nel 32,4 % nel tifo. Percentuale minore si trova nelle neoplasie addominali e nelle ptosi. L'O. si è risolto a studiare anche l'anisocoria dinamica con instillazione di cocaina e di omatropina deducendone che il sintomo è dovuto ad un ipertono e ad una ipereccitazione simpatica di un iride. Secondo l'O. nella grande maggioranza dei casi l'anisocoria sarebbe dovuta ad uno stimolo che interessa le terminazioni del sistema nervoso vegetativo, rimanendo ancora oscuro il meccanismo per il quale la midriasi è unilaterale, in sindromi addominali bilaterali, e ancor più con maggiore frequenza a sinistra.

SCHIASSI F. (Bologna). — *La cura della malaria con la plasmochina.* — Riferisce su malarici curati nell'Ospedale di Ravenna con la Plasmochina. Ha sempre ottenuto la scomparsa degli accessi al secondo o terzo giorno di cura e contemporaneamente la scomparsa dei parassiti dal sangue periferico. Si trattava nella maggior parte di terzana primaverile. Ha trattato un solo caso di perniciosa con sindrome meningitica. Un gruppo di 28 bambini malarici sono stati curati a domicilio. Per tutti ha compiuto personalmente l'accertamento diagnostico con l'esame del sangue. Osserva che le sue conclusioni riguardano la cura dell'accesso durante la stagione endemica, non considera il problema delle recidive che è ancora in istudio. Le sue conclusioni sono:

1) la plasmochina è un rimedio che fa rapidamente scomparire dal sangue periferico i parassiti e fa cessare l'accesso febbrile nel periodo di due-quattro giorni;

2) la scoperta della plasmochina è importante sopratutto per la cura della malaria nei bam-

bini avendo risolto le difficoltà della prolungata somministrazione del chinino;

3) la scoperta della plasmochina ha una grande importanza sociale, perchè tutti i popoli potranno così essere in grado di produrre in via sintetica un medicamento che si dimostra realmente efficace nella cura dell'accesso malarico.

Discussione.

MANAI. — Domanda all'O. quali dosi egli ha impiegato.

ASCOLI V. (Roma). — In base alla sua esperienza su casi di malaria benigna e maligna ricoverati nella Clinica Medica di Roma e trattati con la plasmochina, si dichiara non del tutto soddisfatto dei risultati ottenuti. Lo Schiassi ha detto che se i risultati sono stati diversi uno dei due ha errato. Ora errore non c'è nè per l'uno nè per l'altro e le opinioni a prima vista discordi, non lo sono ad una più attenta analisi dei fatti. Infatti è vero che la plasmochina fa scomparire la febbre e i parassiti dal sangue periferico, come afferma lo Schiassi: ciò avviene nella terzana benigna e in molti casi anche di terzana maligna, ma osservando i malati così trattati si rileva che manca in essi quel miglioramento delle condizioni generali e della sanguificazione che si verifica in seguito all'uso del chinino. Inoltre, anche se si continua a somministrare la plasmochina, spesso ricompaiono parassiti in circolo e talvolta ritorna pure la febbre.

È certamente importante l'avere trovato un preparato sintetico che fa scomparire la febbre e i parassiti, ma dal punto di vista curativo, la plasmochina non può sostituire il chinino. Inoltre le ricerche che ritrovano in circolo la metaemoglobina dimostrano anche esse che la plasmochina non può preferirsi nella cura della malaria determinando modificazioni dannose della crasi sanguigna, che si esprimono mediante il persistente malessere e la cianosi.

GABBI. — Domanda allo Schiassi se i casi trattati si riferivano a forme recidive o primitive.

PERIN. — Riferisce anzitutto sulla maggiore diffusione attuale della malaria nel Lodigiano e crede di potere trovare una ragione di ciò nelle conseguenze della malaria di guerra. Ha usato la plasmochina con risultati ottimi in tutte le forme, sia nei riguardi della scomparsa della febbre e di parassiti che del miglioramento delle condizioni generali. Ha però impiegato non la plasmochina semplice ma quella composta. Formula l'augurio che venga adottata in grande la plasmochina nella lotta contro la malaria. Ritiene più efficaci le polverizzazioni con liquidi parassiticidi nelle case e nelle stalle, durante l'inverno per uccidere le femmine ibernanti, anzichè la lotta contro le larve.

GIUGNI. — Osserva che il problema della cura della malaria con la plasmochina è stato nettamente posto dal prof. Ascoli e che è facile dai risultati esposti dall'Ascoli stesso dedurre che la plasmochina non guarisce la malaria. Egli fa notare inoltre che è risaputo come anche senza alcuna cura possano nei casi primitivi di terzana benigna scomparire la febbre e i parassiti dal sangue periferico.

MANAI. — Ha usato la plasmochina seguendo i malati per altri 6 mesi, ed ha constatato che con la plasmochina sempre si ottiene la guarigione nelle forme primitive e recidive purchè si impieghino dosi elevate. Nella terzana maligna anche le dosi alte non evitano le recidive. Risultati più favorevoli però ha ottenuto con la plasmochina composta.

ASCOLI V. — Riprende la parola per alcune osservazioni che crede doveroso fare dopo quanto hanno detto Perin e Manai. A proposito della comunicazione del Perin fa notare che non si deve più oggi parlare di malarici di guerra. La malaria di guerra è scomparsa, perchè tutti ne sono guariti. Se ciò non è avvenuto nel Lodigiano, probabilmente vi saranno colà delle condizioni diverse da quelle di tutte le altre regioni d'Italia. Il Perin considera come definitivamente acquisita l'efficacia della plasmochina, mentre la questione è ancora allo studio, e crede di invocare un provvedimento statale che ne permetta l'introduzione e una larga applicazione.

Ciò è contrario ad ogni savio principio perchè lo Stato non può e non deve applicare un rimedio che è ancora sottoposto a studi e controlli. Al Manai osserva che vale più un caso bene studiato che numerose statistiche compiute senza il controllo necessario. Ammira il coraggio dell'O. che ha usato dosi alte di plasmochina: lo felicita per non aver mai provocato disturbi. Facile cosa è curare forme di terzana benigna e di quartana: mentre gravi sono quelle di terzana maligna e qui si ha quasi sempre la recidiva, usando la plasmochina, così come ha constatato e detto il Manai stesso.

L'uso poi della plasmochina composta non porta ad alcuna utile deduzione.

Egli si dichiara ancora una volta ammiratore degli sforzi compiuti per ottenere un preparato sintetico da usare nella cura della malaria, ma afferma recisamente che sino a che non verrà trovato un rimedio che più efficacemente guarisca la malaria, nulla può sostituire il chinino.

SCHIASSI. — Rispondendo alle osservazioni fatte dopo la sua comunicazione nota come in fondo non esista un disaccordo fra quanto egli ha affermato e quanto ha esposto il prof. Ascoli. È sempre stato scettico di fronte alla plasmochina e non crede che possa sostituire il chinino. Ritiene però che il preparato possa essere di grande utilità nella cura della malaria dei bambini che troppo difficilmente sono chininizzabili. Inoltre egli pensa che facendo scomparire i parassiti dal sangue può essere utile nella profilassi. Dichiara di avere osservato, non in accordo con quanto ha detto il prof. Ascoli, che i suoi malarici curati con la plasmochina hanno sempre migliorato anche nelle condizioni generali. Al prof. Gabbi risponde che non ha potuto stabilire se nei suoi casi si trattasse di forme primitive o di recidive dato che gli individui vivevano in zona malarica.

Al Perin nota che circa il problema dei malarici di guerra e della reviviscenza della malaria, oggi non può più parlare di malaria di guerra. Al Manai osserva che egli ha curato pochissimi casi di terzana maligna. Da ultimo l'O. insiste sulla utilità dell'impiego della plasmochina nella cura della malaria infantile.

Di Pace (S. Marco in Lamis). — *Sugli ascessi da fissazione.* — Avendo applicato la cura con ascesso di fissazione in varie malattie infettive, ne ha constatato un'azione dubbia, scarsa o assolutamente assente, e se ne dichiara apertamente contrario.

Di Pace (S. Marco in Lamis). — *L'irudizzazione nelle flebiti.* — Avendo impiegato il metodo di Turnier nella cura delle flebiti, ne ha notato degli indiscutibili vantaggi, e dopo avere partitamente riferiti i casi sottoposti a tale cura si dichiara favorevole alla sua applicazione in ogni caso di flebite.

Velardi F. (Napoli). — *Colesterina. Anafilassi e splenectomia.* — Ha dosato la colesterina nel sangue prima e dopo iniezioni di siero normale di cavallo, e ciò tanto negli animali normali, che in quelli splenectomizzati. Tanto negli uni che negli altri ha osservato che la colesterina sale dopo l'iniezione di siero raggiungendo il massimo al VII giorno.

Id. — *Contributo allo studio della cirrosi sperimentale.* — Ha studiato la cirrosi sperimentale sottoponendo conigli e topi ad una alimentazione particolare. Con somministrazione di giallo d'uovo e di colesterina ha notato soltanto scarse alterazioni nelle cellule del lobulo epatico e della vena controlobulare.

Sottoponendo invece gli animali ad iniezioni ripetute di siero di cavallo, ha notato dopo un mese la comparsa di processi regressivi a carico del fegato (rarefazione del protoplasma delle cellule epatiche, scarsi fenomeni reattivi e degenerativi dei vasi). Evidente una maggiore attività fagocitaria delle cellule del Kupfer. In secondo tempo ha osservato negli spazi del Kiernan connettivo giovane neoformato che cerca di invadere il lobulo spingendosi fra le travate cellulari.

Gabbi. — Domanda in quale stato fossero le cellule periferiche del lobulo epatico.

Velardi. — Risponde che esse si presentavano in parte completamente distrutte perchè compresse dal connettivo proliferante, in parte in preda soltanto a rarefazione del protoplasma con spostamento del nucleo verso la periferia.

Riccitelli (Perugia). — *Sul supposto ormone vagale di Loevi.* — L'O. espone le sue ricerche praticate su gatti, conigli, cani, tartarughe, eseguendo la circolazione crociata, e raccogliendo il sangue vagale e non vagale dalla carotide e inoculandola, dopo defibrinato in altro animale della stessa specie. Dalle grafiche ottenute risulta chiaramente dimostrabile l'azione del sangue vagale sul cuore. Ha notato notevoli differenze nei valori del Δ e del Ph del sangue prima e dopo l'eccitazione del vago.

Id. — *Ricerche sperimentali sull'anafilassi renale.* — L'O. asserisce di essere riuscito ad ottenere l'anafilassi del rene, in animali sensibilizzati per via endoperitoneale, inoculando l'antigene scatenante nell'arteria renale. Ciò è confermato dalle lesioni istologiche e dall'assenza di ogni manifestazione in animali che non avevano subito la sensibilizzazione. Con la circolazione crociata nel rene isolato dalle connessioni vascolari con il resto dell'organismo ha visto che nel rene del coniglio non sensibilizzato si ha colorazione intensa dello strato glomerulare con il bleu di metilene sciolto in siero di cavallo mentre nel rene di coniglio sensibilizzato si ha colorazione delle vene stellate.

Id. — *Sulla possibilità di ottenere sieri citolitici e citotonici anticerebellari.* — Cercando di ottenere sieri anticerebellari da animali della stessa specie e di specie diversa, ha notato all'esame istologico lesioni modiche delle cellule del Purkinye; e lesioni discrete del restante tessuto cerebellare (emorragie parenchimali, congestione piale e vascolare).

Licciardi (Catania). — Riporta le sue osservazioni sulla cura della febbre ittero-ematurica mediante estratto alcoolico di eucaliptus globulus, associato ad acido citrico e ad acido arsenioso.

Seduta pomeridiana.

Presidenza: Prof. Gabbi.

Maestrini D. (Teramo). — *Studio clinico e radiologico sulle anomalie di lunghezza e posizione del colon.* — Ha rivolto la sua attenzione su 21 casi di anomalia del colon, dei quali 19 di dolicocolie e 2 di megacolie. Nella maggior parte dominava la stitichezza (15) in altri la stitichezza si alternava a diarrea (6), inoltre esisteva dolore o nella fossa iliaca D o in quella S. Ha pure notato la presenza talora di vomito e di meteorismo. Radiologicamente fra i casi riferiti ne esistevano 8 di dolicosigma e 2 di dolicocolia universale. Ritiene di notevole importanza la dolicocolia nella genesi della stitichezza abituale sia in rapporto al fattore meccanico che a quello clinico di un alterato assorbimento dell'acqua e di sali.

Id. — *L'azione delle tossine tubercolari sulla attività cardiaca.* — Ha studiato l'azione di emulsioni bacillari e del siero di ammalati nel cuore ed ha osservato che per effetto della tossina tubercolare il ritmo cardiaco può essere di frequenza inferiore alla norma, che il cuore è uno stato ipotonico, che la muscolatura atriale è più danneggiata di quella ventricolare.

Omodei-Zorini A. (Pavia). — *Sindromi Bantiane. Splenogranuloma siderotico e micosi spleniche.* — L'O. tratta di una nuova forma di splenomegalia illustrata dal Gamna, caratterizzata dall'esistenza di un tessuto granulomatoso della pol-

pa e da un gran numero di focolai di necrobiosi del connettivo tubercolare e perivasale. Tali focolai reagivano intensamente con i metodi per il ferro.

Gamna indicò tale forma come splenogranulomatosi siderotica.

Riporta per esteso la storia clinica di un caso da lui osservato nell'agosto '27; eseguita la splenectomia furono constatate istologicamente le lesioni caratteristiche della splenogranulomatosi siderotica.

LAURI A. (Napoli). — *Destrocardia congenita e stenosi mitralica.* — Riferisce su 4 casi da lui osservati di destrocardia pura senza inversione degli altri visceri, nei quali esisteva una stenosi mitralica pura. Pensa che si possa prendere in considerazione quale causa della destrocardia quella affezione endouterina che pure ha contemporaneamente determinato la stenosi mitralica.

LANDOLFI M. (Napoli). — *La forma mediastinica della stenosi mitralica pura.* — Richiamando le sue osservazioni precedenti su tale sindrome ricorda come egli abbia sino dal 1912 posto in evidenza alcuni sintomi particolari rappresentati dalla anisocoria, dal marezzamento della regione precordiale, dal pulsus differens, dalla disfonia.

Osserva come vari autori fra i quali il Pareja di Montevideo, parlino anche di una sindrome di angina di petto e attribuiscano queste sindromi ad un processo concomitante di mediastino pericardite.

L'O. non crede che tale ipotesi sia accettabile, per la variabilità dei vari sintomi presenti sulla sindrome mediastinica, e mette nuovamente in luce i vari sintomi caratteristici già posti in evidenza da lui, dal Gagli e dal Corsonello.

PIAZZA V. C. (Palermo). — *L'iperazotemia provocata come metodo di esplorazione della funzione renale.* — In base alle osservazioni compiute dai vari autori sulle modificazioni che subisce l'azotemia in seguito alla alimentazione e all'ingestione di urea, ed al diverso comportamento di essa nei sani e nei nefritici l'O. propone un nuovo metodo di esplorazione della funzione renale basato sulla determinazione in serie dell'urea nel sangue. A tale scopo si dimostra particolarmente utile l'azotometro capillare dell'A. Esso permette di determinare con grande esattezza l'azoto sviluppatosi da un cc. di sangue. Le determinazioni dell'azotemia vengono compiute a digiuno e di 30 in 30 minuti dopo somministrazione di un pasto contenente 10 gr. di urea. La curva dell'azotemia ha una durata di circa 2 ore nei normali mentre nei nefropazienti la curva tende a salire e a mantenersi alta per un tempo maggiore.

SANGUIGNO N. (Napoli). *Nuove ricerche sullo shock emoclasico da tubercolina nei tubercolotici.* — Riprendendo gli studi del D'Amato, ha ottenuto che il 72 % di tubercolotici con cutireazione positiva reagiva positivamente alla crisi emoclasica in seguito ad iniezioni di vecchia tubercolina. Nei sani, con cutireazione positiva, ha ottenuto positiva la prova nel 27 %.

CABRINI. — Riferisce brevemente sull'indice di eliminazione dell'indacano e sui rapporti che esistono fra indacano e urea nel sangue.

BORRA. — Ha studiato l'importanza dei lipoidi sull'accrescimento dell'organismo e riferisce i risultati ottenuti da numerose sue esperienze sugli animali.

POZZILLI P. (Roma). *Gli olii vegetali irradiati e la loro vitaminizzazione.* — Ha continuato lo studio delle proprietà antirachitiche degli olii vegetali sottoposti ad irradiazione con lampada a mercurio. Ha usato l'olio di oliva fresco che, dopo irradiazione di mezz'ora, ha impiegato nei ratti giovani e nei bambini. Espone i risultati ottenuti, dimostranti come con olio irradiato si possano ottenere notevoli vantaggi nella cura di rachitici, e come sperimentalmente nei ratti si eviti l'azione deleteria di diete insufficienti.

ID. — *L'opoterapia associata nelle malattie di crescenza.*

ID. — *Considerazioni cliniche e terapeutiche sulle ipotrofie dell'infanzia.*

ID. — *La vaccinoterapia nelle infezioni da piogeni.*

***

Esaurito l'ordine del giorno, il Presidente On. GABBI dà la parola al Prof. A. FERRANNINI, il quale sente il dovere di inviare un voto di plauso al Sen. Maragliano, Presidente della Società Italiana di Medicina Interna, e all'On. Gabbi che quale Presidente del Comitato Ordinatore del Congresso, così alacremente, fascisticamente si è adoperato perchè esso veramente riuscisse degno di Parma. Invia pure un caldo saluto al Generale Gualdi, e dopo avere ricordato come con la Carta del Lavoro e con l'assicurazione contro la tubercolosi il Governo Nazionale abbia iniziato quella nuova via di assistenza alle malattie, voluta dal Duce, invita i Congressisti tutti ad inviare un voto di plauso al Duce e all'opera sua.

Il Sen. MARAGLIANO si alza quindi e rivolgendosi ai Colleghi tutti, dice che compie il dovere di interpretare il pensiero di tutti tributando un caldo ringraziamento al Prefetto che ha voluto concedere l'onore di aprire i Congressi e di assisterne alle chiusure, interessandosi grandemente di ogni progresso della scienza, così come vuole Benito Mussolini. Ringrazia i partecipanti al Congresso per il loro concorso e per l'opera data ai lavori che hanno assunto una particolare importanza e per i temi svolti e per le comunicazioni fatte. Ciò serve a combattere il tradizionale errore di credere che i Congressi non abbiano risultati pratici e positivi. Pone in evidenza l'importanza che il Congresso ha assunto per il concorso della Sanità Militare e l'interesse destato dai lavori della sezione di Medicina Mi-

litare e Coloniale, rilevando come oggi si studi con i mezzi di indagine scientifica moderna, per applicare le conquiste della scienza alla salute dei soldati. E constatando come l'esposizione annessa al Congresso abbia dimostrato come l'industria nazionale abbia raggiunto e superato quella straniera che cercava e cerca d'invadere il campo, si augura che tale consuetudine continui anche nei Congressi futuri. Rivolto poi particolarmente a Umberto Gabbi, che ha ordinato e presieduto il Congresso, osserva che se tutti lo conoscevano nel suo valore di studioso e di clinico, egli si è però dimostrato quale un fervente seguace delle direttive volute da Benito Mussolini. Consapevole che con il nuovo ordinamento italiano, tutto ciò che ha riguardo alla salute deve essere in prima linea, egli si è dato con ogni attività al progresso e alla intensificazione di ciò che si deve fare nell'interesse della pubblica salute, divenendo quindi collaboratore di Benito Mussolini che ne apprezza il contributo e l'opera. E come tale egli vi appare quale un continuatore dell'opera di Guido Baccelli. Infine dopo avere inviato un ringraziamento alla città di Parma, elogiando il grande nuovo ospedale che riunisce le finalità di un ospedale con quelle della scienza, e di avere notato come le Università, che non sono nè molte nè troppe, sono oggi da tutti valutate nel loro rinnovamento in questa primavera della rinnovata vita italiana, così termina il suo discorso: « Il Congresso si chiude mentre nella Sicilia si festeggia Crispi che fu il primo Uomo di Stato che abbia dato all'Italia una legge sanitaria; il primo che dopo Cavour abbia avuto il senso degli interessi Italiani, ai quali sacrificò tutta la sua vita. Era un precursore e come tale non fu fortunato. Benito Mussolini ne continua l'opera e ad essa dà vita; avendo la possibilità di svolgere la sua attività nel concetto del rinnovamento della vita Italiana. Il Congresso vive in quei giorni, nei quali sei anni or sono la vita italiana attraversava ore di trepidazione e di aspirazioni ». L'O. chiude inviando un pensiero riconoscente e deferente a Benito Mussolini ed inneggiando a S. M. il Re.

*
* *

L'on. GABBI sente il dovere di prendere la parola dopo che il Sen. Maragliano tanto e troppo ha detto di lui. Ricorda come con non piccolo ardimento chiese che il Congresso fosse tenuto a Parma, quando non conosceva tutte le difficoltà che si preparavano. E non un sol Congresso, ma altri quattro sono stati tenuti in Parma contemporaneamente; ed egli è lieto che di tale onore abbia avuto Parma che ben ne era degna. Ricorda come ai congressi di Medicina e Chirurgia abbiano partecipato 600 soci e come la compartecipazione della Sanità Militare abbia dimostrato come in pace continui quella solidarietà che sorse sui campi della guerra. Annuncia che si è costituita la Società dei cultori di patologia esotica. Rileva il significato della mostra dei nostri prodotti farmaceutici, e l'importanza assunta dalla Esposizione del giornale medico italiano. Invita l'assemblea ad un voto di plauso per i suoi aiuti e assistenti, che con la loro collaborazione e col loro aiuto gli hanno permesso di potere riprendere la via della medicina politica, seguendo l'esempio e l'indirizzo di Guido Baccelli. Osserva come il fine dettato da Mussolini sia quello di avere un popolo sano e forte, di difenderlo dalle malattie del lavoro per indirizzarlo sulle vie del progresso della Patria. L'opera voluta dal Duce ha già portato alla protezione della maternità e dell'infanzia, alla Carta del Lavoro, alla assicurazione contro la tubercolosi.

Infine ringrazia il Prefetto e invia un voto di plauso a chi ha fatto e mantenuto il nuovo Ospedale.

Invita i Congressisti tutti a seguirlo ad una visita particolare ai vari Padiglioni ed ai vari servizi dell'Ospedale dove hanno sede le diverse Cliniche.

*
* *

A sede del prossimo Congresso è stata scelta per acclamazione Roma.

Daremo quanto prima notizia dei temi scelti e dei rispettivi relatori.

Prof. E. TRENTI - Dott. A. POZZI.

(La seduta in comune con la Società Italiana di Chirurgia, è stata redatta in collaborazione con il dott. P. VALDONI).

XXXIV Congresso della Società Italiana di Chirurgia

(*Continuaz. e fine; vedi fasc. prec.*).

Seduta antimeridiana del 21 ottobre 1927.

Presiede il Prof. A. FERRARI.

CARMONA (Palermo). — *Intorno ad un tumore epiteliale maligno in sede non comune.* — L'O. descrive un tumore epiteliale incluso nel muscolo gr. pettorale e circondato da ogni parte da fibre integre; pensa di conseguenza ed in origine da germi aberranti.

FICHERA (Pavia). — *Sulla colelitiasi.* — Ha potuto determinare sperimentalmente la formazione della cistifellea a fragola con l'introduzione nel lume della cistifellea di un modello di vetro. La genesi di questa forma sarebbe rappresentata da tre fattori: la paresi della parete, la stasi biliare e l'infezione. L'epitelio della cistifellea ha una funzione importante nell'assorbimento di colesterina, una sua lesione determina uno stato prelitiasico corrispondente alla cistifellea a fragola, reversibile.

GIULIANI (Parma). — Non crede alla reversibilità della malattia.

CHIAROLANZA (Napoli). — Ha dimostrato che la cistifellea rappresenta un organo di difesa: germi

iniettati in circolo vi arrivano nel lume anche se il cistico è chiuso.

ANARDI (Pavia). — *Sulla malattia di Osgood-Schlatter.* — Comunicazione di un caso.

VILLATA (Torino). — *Tumore del testicolo di grandi cellule rotonde e di cellule interstiziali.*

PERACCHIA (Milano). — *Le fratture dell'estremità sup. dell'omero.* — Riferisce i risultati favorevoli della cura incruenta in 80 casi di queste fratture.

PIERSANTI (Cremona). — *Tumore ipernefroide del collo dell'utero.* — Il tumore, dopo l'exeresi, è recidivato in loco. È il secondo caso di tumore ipernefroide a sede uterina.

FICHERA (Pavia). — Negli ipernefromi la teoria embrionale di Durante-Conheim trova la più netta conferma.

LEONE (Palermo). — *Sulla legatura dei grandi vasi addominali (aorta, cava). Ricerche sperimentali.* — La legatura dell'aorta addominale nel cane è compatibile in alcuni casi con la vita, quando venga praticata al punto medio tra le renali e le iliache. La sopravvivenza è legata alla formazione di un circolo collaterale con le aa. lombari.

Risultati simili si ottengono con la legatura della sola cava inf. Legature simultanee dell'arteria e della vena non alterano i risultati.

CAPPELLI (Ancona). — A proposito del lavoro dell'O. e della teoria del Ceci (legatura simultanea dell'arteria e della vena) ricorda la funzione regolatrice del circolo del Willis che spiega come dopo la sola legatura arteriosa non avvengano disturbi di circolo cerebrali.

FRANCINI (Massa Carrara). — *Cisti dermoide del mediastino anteriore.* — In un paziente intervenne d'urgenza con una toracotomia anteriore per gravi sintomi di compressione: diede esito a due litri di liquido torbido con sferule di grasso. La parete cistica fu espulsa per eversione conseguente alla retrazione cicatriziale.

LATTERI (Palermo). — *Tumori sperimentali del rene e dell'uretere da catrame.* — L'O. comunica gli ulteriori risultati delle sue indagini sperimentali condotte allo scopo di riprodurre, a mezzo del catrame, tumori del rene in genere, del bacinetto renale in ispecie. Ricorda che i tumori epiteliali della pelvi si dividono in papillomi, carcinomi papillari, carcinomi alveolari, adeno-carcinomi e carcinomi pavimentosi. Afferma che è possibile a mezzo del catrame, riprodurre negli animali, specie nei topi bianchi, le varie forme neoplastiche che si osservano nell'uomo. A mezzo di numerose microfotografie illustra alcuni casi di papillomi del bacinetto, di carcinomi papillari di cui due con metastasi polmonari, di carcinomi alveolari, uno con metastasi polmonari, di adeno-carcinomi con metastasi polmonari e di carcinomi pavimentosi. Riferisce pure su due adeno-carcinomi del parenchima renale, su due carcinomi dell'uretere, uno papillare e l'altro alveolare e su tre casi di papillomi multipli della vescica. S'intrattiene sul comportamento del tessuto connettivo, degli infiltrati leucocitari, del reperto di plasmacellule, della presenza di granuli di catrame ed illustra in ultimo alcuni casi di leucoplasia del bacinetto renale.

FICHERA (Pavia). — Molti dei cosidetti carcinomi sperimentali sono iperplasie perchè capaci di regredire.

LEONE (Palermo). — Ha ottenuto con il catrame le seguenti lesioni vescicali: papillomi semplici, epiteliomi pavimentosi a globi cornei, epiteliomi papillari e alveolari.

PAOLUCCI (Napoli). — *Sul mancato attecchimento di innesti autoplastici nei conigli scottati. (Ricerche sperimentali).* — La refrattarietà all'attecchimento sarebbe dipendente da uno stato di anafilassi aspecifica. Con iniezioni di siero di cavallo ha ottenuto l'attecchimento.

GIULIANI (Parma). — *Tubercolosi del ginocchio, sua cura.* — I risultati lontani di 17 giovanetti operati sono ottimi. Era stata eseguita l'artrectomia e lo svuotamento con il cucchiaio dei focolai ossei. L'estensione delle parti da asportare è stabilita dallo sviluppo assunto dai focolai. L'accorciamento dell'arto è stato compensato dall'abbassamento del bacino.

VALDONI (Roma). — Non crede opportuno un intervento sul tipo della resezione nei giovani. Volendo intervenire chirurgicamente si potrà dare la preferenza al metodo di Robertson-Lavalle, molto raccomandato da chirurgi argentini e che non interessa l'osso nella sua continuità.

FERRARI (Parma). — Spiega l'intervento eseguito nei casi di Giuliani.

CHIAROLANZA (Napoli). — Rileva che l'intervento eseguito non è una vera e propria resezione. Riguardo al metodo di Robertson osserva che alcuni chirurgi francesi non hanno avuto un buon risultato. Non crede che si possa intervenire sistematicamente perchè la grande maggioranza dei casi guarisce con cure conservative.

COLLICA (Palermo). — *Contributo alla patogenesi della calcolosi urinaria.*

Seduta pomeridiana del 21 ottobre 1927.

Presiede il prof. A. FERRARI.

MENDOLA e LORETO (Roma). — *Osservazioni sullo sviluppo dell'adeno-carcinoma dei topini variamente trattati.* — Dalle loro ricerche gli OO. arguiscono: 1) che, eliminando con l'ultrafiltrazione la possibilità di un intervento microbico, il potere inibente degli autolizzati va attribuito, con molta probabilità, ad una azione diretta sulle cellule tumorali di ordine citolitico e ad una azione di stimolo sulla funzione di organi a potere antiblastico (sistema emolinfopoietico); 2) dato che il siero di sangue di topini portatori di tumori si è dimostrato inattivo contro lo sviluppo degli innesti neoplastici omologhi, non si può pensare

che in esso fossero contenuti anticorpi specifici d'origine microbica. Il permanere dell'azione antiblastomatosa negli ultrafiltrati e la assenza di qualsiasi azione antiblastica del siero di topini portatori, fanno escludere in generale la possibilità che l'origine dei tumori sia legata a un fattore microbico.

VALDONI (Roma). — *Il pneumocele. Nuovo metodo di diagnosi nelle malattie del testicolo.* — Ha elaborato un metodo di diagnosi radiologica che consiste nell'insufflazione di ossigeno nel cavo vaginale. Si ottengono immagini radiologiche tipiche per le diverse affezioni del testicolo e dell'epididimo. Illustra il metodo con proiezioni.

CACCIA (Bologna). — *La stitichezza abituale, sua patogenesi e trattamento.* — L'O. viene alle seguenti conclusioni: 1) la stitichezza abituale può essere di origine primitivamente cecale (cieco ipermobile o eccessivamente fisso da dismorfie per lo più congenite).

2) Questa forma di stitichezza può essere curata con successo con il metodo conservativo ortomorfico di Parlavecchio.

3) L'esame radiologico permette di identificare questa forma e di controllare il risultato operativo.

CAUCCI. *Operazione per megacolon totale.* — Propone l'associazione della sigmoidectomia con l'anastomosi del cieco con la porzione infima del colon pelvico, operazione da lui eseguita con successo. Nei casi di stasi del tipo ascendente per colopatia sinistra consiglia l'associazione della tiflosigmoidostomia con la colectomia sinistra.

POTOTSCHNIG (Bressanone). — *Pericoli ed errori nella resezione gastrica.* — Discute particolarmente delle lesioni accidentali dei dotti biliari e dell'arteria epatica e delle gravi complicazioni dipendenti dalla sutura anastomotica: insufficenza per errore di tecnica o per azione digestiva del secreto pancreatico, stenosi del neopiloro, emorragia postoperatoria. Ricorda infine il pericolo dell'ulcera peptica e le complicazioni dovute all'uso del bottone. Illustrati i mezzi atti a evitare le cause d'errore insiste sul rapporto esistente tra una buona tecnica e il valore della resezione gastrica nella cura dell'ulcera.

CHIAROLANZA (Napoli). — Crede che non si possa adottare un metodo operativo unico nell'ulcera duodenale. Il pericolo dell'emorragia nella resezione è molto lontano e non crede necessaria l'allacciatura dei vasi della sottomucosa.

FICHERA (Pavia). — Si può resecare se la resezione è facile; non si resecherà mai un'ulcera penetrante. Non crede alla possibilità frequente di una emorragia.

SCALONE (Milano). — L'indicazione nella cura dell'ulcera gastrica è sempre la resezione, per l'ulcera duodenale è opportuno regolarsi caso per caso, solo quando è facile è da preferirsi alla G. E. Usa la pinza del Rossi. La Billroth II è preferibile perchè consente una resezione ampia e non c'è il pericolo dato dalla mobilizzazione del duodeno. Non ha osservato emorragie mortali, quando esistono non dipendono dalla tecnica ma dalla costituzione dell'individuo e dallo stato anatomico della parete. In 230 resezioni gastriche non ha visto mai ulcere peptiche.

CIMINATA (Torino). — L'unico pericolo della resezione è la bronco-polmonite postoperativa. Crede che tutte le pinze sono buone.

VECCHI (Piacenza). — Nella cura dell'ulcera gastrica e duodenale pratica solo la resezione. Ha osservato talvolta emorragie, mai mortali. È fautore della Billroth II. Usa la pinza di Depetz con qualche sopraggitto parziale per assicurare l'emostasi.

CAPPELLI (Ancona). — È fautore della resezione che pratica anche quando l'ulcera non è resecabile (resezione palliativa). I risultati sono buoni anche in questi casi.

BRANCATI (Roma). — La resezione ampia che prima veniva eseguita ha ceduto di nuovo molto posto alla G. E. perchè vi sono ulceri peptiche consecutive a tutti e due gli interventi. Dati i buoni risultati che si ottengono con la G. E. e la maggior gravità della resezione dà la preferenza alla prima. Nell'ulcera mediogastrica viene praticata sistematicamente la resezione mediogastrica con risultati ideali. La G. E. viene fatta senza esclusione. Quando si pratica una resezione si fa la Billroth II con la modificazione di Polya-Balfour.

POTOTSCHNIG (risp.). — Non entra nella discussione tra resezione e G. E. Con l'allacciatura dei vasi sottomucosi ha evitato le emorragie. Preferisce la Billroth I. Bisogna resecare sempre anche l'ulcera perchè spesso non guarisce altrimenti.

GALLI e DI NATALE (Napoli). — *Enervazione del cistico e della cistifellea.* — Dopo l'enervazione hanno osservato un ritardo dello svuotamento della cistifellea (con la colecistografia); l'iniezione di preparato ipofisario non provocava contrazione della parete negli animali enervati.

V. GHIRON. — *Una nuova anastomosi fra la vena porta e la vena cava (innesto della mesenterica inferiore sull'iliaca comune).* — L'O. ricorda come i procedimenti fino ad ora seguiti per la cura dell'ascite sulla cirrosi epatica abbiano tutti gravi lacune. L'operazione di Talma, la più pratica, ha tuttavia un'alta mortalità, e raramente raggiunge un vero successo. La fistola di Eck è troppo grave intervento, gli altri metodi sono insufficienti allo scopo. Pertanto l'O. ha creduto di esperimentare il valore pratico dell'innesto della mesenterica inferiore sull'iliaca primitiva. I vantaggi presentati sarebbero: di intervenire nel quadrante inferiore dell'addome dove le operazioni presentano minori rischi, di innestare il ramo del sistema portale in una grossa vena vicina alla cava assicurando una buona aspirazione dell'atrio destro, di avere un buon deflusso venoso di tutto il sistema venoso dati i numerosi rami anastomotici che legano la mesen-

terica inferiore alla mesenterica superiore e alla splenica.

L'O. ha eseguito questo intervento sui cani a cui occludeva la vena porta con buoni risultati.

CHIAROLANZA (Napoli). — *Il trattamento chirurgico di alcune forme di elefantiasi degli arti inferiori.* — L'O. illustra un caso in cui ha ottenuto buoni risultati con l'operazione di Kondoleon.

CHIAROLANZA (Napoli). — *Plastiche facciali.* — Con numerose proiezioni mostra i successi ottenuti in chirurgia estetica. È partigiano della utilizzazione dei tessuti vicini per la riparazione della perdita di sostanza.

CAVINA. — Crede preferibile nella maggior parte dei casi l'impiego di lembi presi a distanza.

PALMA (Napoli). — *La linfaticostomia nell'occlusione intestinale.* — A proposito di questo intervento da ricerche sperimentali conclude che la tossicità della linfa aumenta dal duodeno il grosso intestino; che nonostante il drenaggio della linfa la virulenza del b. Coli aumenta nell'o. i.; che la linfaticostomia non impedisce il passaggio in circolo di germi nell'occlusione dell'intestino.

SBROZZI (Fano). — *Il trattamento chiuso delle peritoniti acute diffuse da perforazione appendicolare.* — Eseguita l'appendicectomia e deterso il pus chiude completamente il peritoneo. In cinque casi così trattati ha ottenuto 5 guarigioni, in otto casi simili in cui aveva messo un drenaggio ebbe solo due guarigioni.

BRANCATI (Roma). — *Metodo semplice di sutura a catena.* — È una sutura ideale per gli organi parenchimatosi, p. es. per il fegato dove permette resezioni rettilinee e a cuneo con emostasi perfetta. Si esegue con un ago da siringa in cui il filo passa per il lume e con movimenti che l'O. illustra, si ottiene una sutura a catena a tutto spessore, di rapida esecuzione. Ha sperimentato su 20 cani in cui ha asportato un grosso lobo di fegato o un profondo cuneo di parenchima. Ha utilizzato questa sutura anche in pazienti per la chiusura del peritoneo riuscendo così a far accollare le lamine con la faccia sierosa. Per rendere più agevole l'uso dell'ago cannula ha unito all'ago stesso un manico ed un dispositivo su cui si può avvolgere il filo della sutura. Per praticare la sutura a catena in profondità occorre che l'ago sia di forma curva.

CALZAVARA (Treviso). — *Intorno alla calcolosi del pancreas.* — Ha operato con successo un caso di calcolosi pancreatica in cui la diagnosi era stata fatta con l'es. radiografico mentre gli esami di laboratorio non avevano dato nessuna indicazione.

SANNAZZARI (Parma). — *Ricerche sperimentali sugli effetti della enervazione sull'andamento ed esiti del distacco epifisario.* — Non ha trovato una differenza di comportamento negli arti paralizzati e nei sani.

LAZZARINI (Milano). — *Contributo alla patogenesi ed alla terapia dell'ernia diaframmatica.* — Comunica il caso di un uomo robusto che in pieno benessere, per un lievissimo trauma, presentò i sintomi di un'ernia diaframmatica destra. L'O. crede sia da ammettersi una debolezza congenita del muscolo frenico. L'intervento fu eseguito per via addominale.

SCALONE (Milano). — *Tre casi di chirurgia addominale con reperti non comuni.* — Il primo caso riguarda una pseudocisti traumatica del pancreas controllata con l'esame istologico, il secondo un sarcoma da nodulo aberrante di milza associato a una raccolta di gas nel sacco epiploico, il terzo in un'ernia del diverticolo di Meckel questo era colpito da degenerazione pseudocistica gelatinosa del connettivo, processo infiammatorio fin'ora descritto solo a carico delle sinoviali tendinee e delle cartilagini semilunari.

PIGNATTI (Bologna). — *Contributo alla chirurgia del megaesofago.* — In un caso di megaesofago primitivo intervenne per via addominale, eseguita l'esofagofrenolisi ed esteriorizzata parzialmente la sacca, sezionò le fibre periesofagee che erano anormalmente sviluppate. Il risultato è stato ottimo.

BIANCHERI (Voltri). — *Sul cosidetto gozzo metastatico benigno.* — In una paziente operata per gozzo tre anni prima asportò una tumefazione pulsante del temporale sinistro che aveva i caratteri del tessuto tiroideo. Per i caratteri clinici e l'infiltrazione l'O. ne ritiene probabile la natura maligna.

FERRARI (Parma). — Ha operato un gozzo coi caratteri del gozzo colloideo che fu seguito da recidiva in loco e da metastasi diffusa.

BARONI (Messina). — *Actinomicosi sperimentale.* — Con l'iniezione di coltura dell'actinomiceto ha riprodotto negli animali i diversi tipi dell'infezione umana.

FICHERA (Pavia). — Ricorda la forma di splenomegalia micosica descritta dal Gamna.

ALESSANDRI (Roma). — Recentemente da autori francesi è stata dimostrata, con la scoperta di uno speciale aspergillus, la realtà di questa infezione micosica della milza.

VECCHI (Piacenza). — *La coledocotomia ideale.* — Rilevati i vantaggi e le indicazioni della sutura primaria del coledoco dopo coledocotomia per calcolosi, riferisce di 3 casi operati con successo. Discute la tecnica e consiglia di praticare la coledocotomia ideale più largamente di quello che si sia fatto sinora.

ALESSANDRI (Roma). — *Sulla coledocotomia ideale.* — Afferma necessario distinguere i casi in cui esiste un'infezione evidente delle vie biliari, ed in questi crede sia sempre preferibile

un drenaggio, per lo più all'esterno, col tubo di Kehr o simili; e quelli in cui non vi è infezione o questa è assai lieve, e in questi può praticarsi la sutura del coledoco; ma anche allora ritiene prudente stabilire un drenaggio di sicurezza o all'esterno o preferibilmente favorendo il deflusso nel duodeno, forzando la papilla di Vater con una sonda, o lasciando addirittura un tubo nel coledoco sporgente nel lume duodenale, o semplice, o con punta metallica come quello di Duval.

POTOTSCHNIG (Bressanone). — Ha 12 casi di coledocotomia ideale con chiusura completa delle pareti. Procede alla divulsione della papilla con candeletta sottile che sostituisce con altra di calibro maggiore.

CAPPELLI (Ancona). — Ha trovato poche indicazioni alla coledocotomia ideale. In 2 casi ha usato la sonda di Nélaton.

BENASSI. — *Ricerche sperimentali sugli effetti dello strozzamento totale temporaneo di un'ansa intestinale.* — Ha studiato istologicamente le lesioni di un'ansa intestinale di coniglio sottoposta a strozzamento temporaneo.

DI GIOIA (Napoli). — *Splenectomia ed anafilassi.* — Dagli esperimenti eseguiti deduce che la milza prende parte al meccanismo dell'anafilassi: nelle cavie splenectomizzate lo schock anafilattico insorge più tardi, con sintomi di minor gravità e dura più a lungo.

ALESSANDRI (Roma). — *Un caso di pancreas accessorio.* — Riferisce su un caso da lui operato di pancreas accessorio situato nella prima porzione del duodeno.

Espone la rarità dei casi osservati sull'uomo di pancreas accessorio, specialmente di quelli operati, che sono in tutto 12, sempre senza diagnosi prima dell'intervento.

Elenca le sedi più frequenti, che sono specialmente il tenue e spesso su diverticoli, e in seconda linea lo stomaco e il duodeno. Riferisce l'idea poggiata su un caso operato con reperto di autopsia, che nella stenosi pilorica congenita dei neonati si possa trattare di pancreas accessorio sul piloro, che più che per azione meccanica per irritazione determinò lo spasmo pilorico.

Il suo caso è interessante perchè i disturbi che la malata presentava da tempo facevano pensare a lesioni biliari o ad appendicite; con questa diagnosi in un attacco dolorifico acuto fu portata alla clinica, ma non operata d'urgenza, perchè la diagnosi non appariva chiara. Le indagini esperite fecero piuttosto pensare a malattia della cistifellea; all'operazione questa come l'appendice apparvero normali. Sulla prima porzione del duodeno esisteva una tumefazione poco rilevata, che fu escissa a tutto spessore. L'esame istologico mostrò trattarsi di pancreas a struttura quasi del tutto normale. È interessante notare, che dopo l'operazione la sindrome clinica cessò.

MENDOLA e AGOSTA (Roma). — *Lesioni articolari sperimentali da Monilia Tropicalis Castellani.* — Hanno rilevato lesioni di natura essudativa e proliferativa con tendenza alla sclerosi a carico della sinoviale, lesioni di natura necrobiotica della cartilagine con tentativi di reazione riparatrice encondrale, lesioni regressive del tessuto osseo spugnoso sottocondrale con successiva fase reattiva specialmente da parte del rivestimento endostale degli spazi midollari.

MAMBRINI (Mantova). — *Alcuni casi di osteosintesi per frattura dell'estremità sup. dell'omero.*

ROSSI F. (Milano). — Ricorda gli ottimi risultati ottenuti con la trazione continua.

ANZILOTTI (Livorno). — Preferisce la cura incruenta.

DE VECCHI (Piacenza). — Ha ottenuto buoni risultati con la riduzione cruenta. Usa grappe metalliche a doppia branca che toglie dopo 15 giorni.

CAVINA. — *Trapianti ossei nella mandibola. Note di tecnica operatoria e risultati della casistica personale.* — Negli ultimi 7 anni ha eseguito 20 trapianti ossei nella mandibola. Tutti sono stati dei trapianti autogeni, 4 peduncolati, 16 liberi. Nei trapianti peduncolati (lembi muscolo-periostei-ossei) la stecca ossea è stata sempre presa dal margine inferiore del corpo della mandibola, nei trapianti liberi 2 volte dalla tibia, 14 dalla cresta iliaca. Ha avuto un insuccesso per eliminazione parziale dei trapianti causata dalla infezione della ferita da decubito dell'apparecchio di protesi un mese dopo la cicatrizzazione della ferita, 19 consolidazioni perfette.

TRINCHERA (Bari). — *Ricerche sperimentali sulla influenza della tiroidectomia parziale e totale nell'equilibrio acido-basico.* — Dai risultati dei numerosi esperimenti eseguiti assegna una certa importanza alla tiroide, oltre che alla paratiroide, sul determinismo dell'equilibrio acido-basico del sangue; la prima probabilmente a funzione acida, con meccanismo diretto ed indiretto, la seconda a funzione basica.

FRASSI (Milano). — *Ricerche sperimentali sulle lesioni traumatiche interessanti a tutto spessore il pancreas.*

CAPPELLI (Ancona). — *Radicotomia posteriore e ramisezione in un caso di paralisi spastica degli arti inferiori, associata a neuralgia radicolare ribelle.* — La lesione era conseguente a una lesione cranica e midollare riportata 33 anni prima e aveva resistito a tutte le cure. L'O. eseguì la sezione delle radici 2ª-3ª-4ª lombare e 2ª sacrale a sinistra, della 2ª e 4ª lombare a destra. Il successo operatorio fu ottimo a sinistra, nullo a destra. Si ebbe scomparsa della nevralgia e miglioramento dello spasmo solo dopo ramisezione dei rami comunicanti lombari a destra, dalla via anteriore retroperitoneale.

ROSSI F. (Milano). — *Cure ed esiti della frattura del gomito.* — Ritiene che sia da preferirsi di massima, il trattamento incruento. Illustra con proiezioni alcuni casi di massimo interesse.

***

Il Presidente A. FERRARI, compiacendosi del gran numero di comunicazioni importanti presentate ne trae lieti auspici per la Chirurgia Italiana e dichiara chiuso il XXXIV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

A sede del prossimo Congresso è stata scelta per acclamazione Roma.

Presidente ne sarà il prof. R. ALESSANDRI, direttore della Clinica Chirurgica di Roma.

È stato scelto il seguente tema di relazione: « Risultati lontani (1918-1927) della cura chirurgica dei tumori maligni del tubo gastro-intestinale ».

P. VALDONI.

Congressi Riuniti di Medicina e Chirurgia. Sezione Militare.

(Parma, ottobre 1927).

Ai Congressi riuniti di Medicina e Chirurgia, che si inaugurarono a Parma il 18 ottobre u. s., prese parte la Sezione di Medicina Militare e Coloniale col concorso di numerosi Ufficiali Medici venuti da tutte le regioni d'Italia, i quali, nelle Sedute del Congresso di Medicina Interna, presieduto dall'on. prof. UMBERTO GABBI, presentarono e discussero importantissime ed elaborate Relazioni e Comunicazioni.

La Relazione ufficiale, sul tema « *Vaccinazioni antitifiche nell'Esercito* » del ten. colonnello Medico GERMINO prof. ALFREDO fu trattata e discussa in una delle sedute del Congresso della Società di Medicina Interna; nel resoconto di tale Congresso è stata riportata quasi per intero. (N. 46, pag. 1672).

Il 20 e 21 ottobre, sotto la presidenza del generale medico GUALDI prof. CARLO, vennero presentate le seguenti Relazioni:

Aviazione Sanitaria.

Relatore il ten. colonn. medico prof. A. DI NOLA, capo ufficio di Sanità della R. Aeronautica.

Egli traccia sinteticamente la storia dei mezzi di trasporto dei feriti in uso fino dai tempi più remoti per sgomberare i campi di battaglia, mezzi che, pur migliorando e perfezionandosi successivamente, si mostrarono sempre insufficienti per un rapido e comodo trasporto. L'Aviazione Sanitaria, che ebbe in tutti i paesi del mondo sostenitori, pionieri e Martiri, ha risolto l'arduo problema, ed ancora meglio proverà la sua grande utilità, quando avrà a sua disposizione un numero adeguato di mezzi aerei e verranno appianate le controversie e le difficoltà finanziarie e politiche che nei vari Congressi vennero esposte dai rappresentanti delle diverse Nazioni. Certo è che oggi la Francia sta in primissima fila. Tratta di quanto si è compiuto in Italia, in rapporto ai trasporti aerei, e degli enormi vantaggi che si realizzarono in Colonia cogli areoplani sanitari; parla dei diversi tipi di apparecchi in uso sì in Italia che all'Estero, della loro neutralizzazione in riguardo all'applicazione delle guarentigie, stabilite dalla Convenzione di Ginevra e chiude augurando il trionfo dell'Aviazione Sanitaria.

Il Relatore è vivamente e ripetutamente applaudito.

Si associano nell'augurio l'on. prof. U. GABBI ed il Presidente generale medico prof. GUALDI.

Per una migliore organizzazione sanitaria coloniale ed un più razionale coordinamento di ricerche in Medicina Esotica.

Comunicazione del magg. medico della R. Marina dott. COTELLA CERRI.

Esordisce richiamando l'attenzione sull'importanza delle ricerche in Medicina Esotica, e cita come esempio l'Inghilterra ricca di secolare esperienza coloniale e di una poderosa organizzazione per assistenza sanitaria e per ricerche mediche ai tropici. Dimostra la necessità di istituire in Italia:

1) un Corpo di Medici Coloniali specializzati in Medicina Esotica, prima della loro partenza per l'Africa;

2) un Ispettorato Generale Sanitario Coloniale alle dipendenze del Ministero delle Colonie;

3) una Scuola Superiore di Medicina Esotica;

4) un Ospedale per le malattie tropicali.

L'O. parla del funzionamento di tali Istituti, dimostrando la sua competenza in materia, competenza che gli viene riconosciuta dall'on. Gabbi e dal colonnello medico Grixoni, che prendono brevemente la parola dopo la sua comunicazione molto applaudita.

I quesiti dell'acclimatazione ed il problema emigratorio italiano.

Relatore: capitano medico PEDRAZZI.

L'O. parla dell'imperioso bisogno che molte Nazioni hanno di espandersi in lontani Paesi, dei problemi che al sociologo si impongono per l'acclimatazione delle popolazioni che corrono verso altri cieli, e per la loro difesa contro le malattie infettive e parassitarie innumerevoli. Ma chi può aiutare il sociologo è il medico e più precisamente il medico militare, che ha vissuto e studiato a lungo in Colonia.

Fusospirochetosi dell'apparato respiratorio.

Comunicazione del magg. medico della R. Marina dott. COTELLA CERRI.

Tratta di un caso tipico studiato da lui in Provincia di Bologna e della somiglianza che tale affezione ha colla tubercolosi polmonare.

Alcune ricerche sul sangue di ammalati di tifo petecchiale.

Comunicazione del ten. col. medico CORRADI.

Egli trovò nel sangue dei dermotifosi febbricitanti il proteo volgare; non è però possibile dire che parte esso abbia nell'etiologia della malattia.

Il posto attuale della Cirenaica nella epidemiologia delle Leishmaniosi nel Nord Africa.

Relatore: capitano medico PATANÈ.

Dice risultare da studi fatti che il Kala-Azar è assai più sporadico nel Nord Africa che nei paesi meridionali europei; che in Cirenaica il « bottone d'Oriente » non risulta endemico, e che vi è rara la Leishmaniosi canina viscerale. Forse ciò dipende dallo scarsissimo numero di « flebotomi » che in Cirenaica si trovano.

Parla in ultimo il colonnello medico RIZZUTI dicendo di suoi reperti di numerose amebe coli in pozzi artesiasi dell'Udinese. Siccome nella popolazione non si ebbero a rilevare malattie infettive intestinali di origine idrica, conclude, con altri autori, per l'assenza di potere patogeno dell'ameba coli.

F. BOCCHETTI.

IV Congresso Internazionale di Navigazione Aerea - Sezione Medica.

Dal 24 al 30 ottobre u. s. si è tenuto, in Roma, nei locali della R. Accademia dei Lincei, il IV Congresso Internazionale di Navigazione Aerea che, fra le sei Sezioni, aveva anche la Sezione Medica.

Questa è stata inaugurata il 25 detto con una conferenza del prof. Herlitzka, dell'Istituto di Fisiologia della R. Università di Torino, dal titolo: « L'opera del medico per il progresso dell'aviazione ».

Il prof. Gabbi Umberto, della R. Università di Parma, ha riferito su degli interessanti esperimenti di volo di persone anziane, le quali relativamente possono salire anche a grandi altezze, purchè le loro condizioni organiche siano buone.

Il col. medico Anastasiu (rumeno) ha portato, con la sua comunicazione, un prezioso contributo allo studio della tensione arteriosa degli aviatori.

Il magg. medico Marulli, dell'Istituto Medico legale dell'aviazione di Montecelio, ha trattato il soggetto delle alterazioni del sangue consecutive alla depressione barometrica.

Il cap. medico Midulla dell'Aeroporto di Centocelle, ha parlato di un caso grave di anemia consecutiva ad un trauma in seguito ad incidente aviatorio.

Il prof. Casagrandi della R. Università di Padova, ha trattato della latenza e della recrudescenza di certe forme malariche sifilitiche e tubercolari, dimostrate colla labilità serica e plasmatica dopo il volo.

Il prof. Bilancioni della R. Università di Pisa, ha parlato del concetto storico di aria.

Il magg. medico Galeone dell'Istituto Medico legale dell'aviazione di Napoli, ha riferito sulla funzione uditiva in relazione al volo ed il ten. col. medico Accorinti dell'Istituto Medico legale dell'aviazione di Firenze, ha esposto l'importanza della percezione del movimento rotatorio nella aviazione.

Il magg. medico Talenti dell'Istituto Medico legale dell'aviazione di Torino, ha trattato dell'influenza delle luci colorate sull'adattamento retinico ed il cap. medico Meineri, del medesimo Istituto, della determinazione del virus in rapporto all'adattamento retinico nell'oscurità, per la scelta del personale di aviazione.

Il cap. medico Catarzi dell'Idroscalo di Livorno, ha riferito sui sintomi nervosi degli aviatori.

Il gen. medico Baduel della C. R. I., il dott. Tilmant (Francia), il prof. Alessandri della R. Clinica Chirurgica di Roma ed il prof. Di Nola, hanno ampiamente trattato il problema dell'aviazione sanitaria per il trasporto dei malati e dei feriti sia in pace che in guerra.

Il prof. Pellegrini, della R. Università di Padova, ha trattato questioni medico-legali di alta importanza per la medicina aviatoria.

La dottoressa Casagrandi Carmelita ha riferito sulle misure preventive antimalariche dopo l'atterraggio di sferici in zone ricche di anofeli.

Il prof. Ferry (Francia), ha riferito sul senso muscolare dell'aviatore e sullo stesso argomento ha parlato il cap. medico Parodi dell'Istituto Medico-legale di Montecelio.

Il prof. Eriksen (Danimarca), ha tenuto un discorso sulle nuove prove psicofisiologiche per i piloti, e la stessa questione è stata trattata dai proff. Matsumoto, Tanaka e Terazawa (Giappone).

Il dott. Aliotta ha parlato degli accidenti aviatorî ed il prof. Giani ha illustrato l'importanza della maschera di Pech durante il volo.

Il 28 ottobre tutti i congressisti della Sezione Medica si sono recati a visitare l'Istituto Medicolegale di Montecelio ed ivi, in una seduta di chiusura della Sezione, sono stati proposti i seguenti temi per il venturo V Congresso Internazionale di Navigazione Aerea che si terrà all'Aja nel 1929:

1) Pilotaggio delle donne;
2) La malaria in aviazione;
3) La sifilide in aviazione;
4) Standardizzazione di qualche metodo di esame per il labirinto.

In seguito il prof. Tilmant ha presentato un ordine del giorno concernente l'aviazione sanitaria e la neutralizzazione degli aerei.

L'importanza dei temi trattati e le eminenti autorità scientifiche che hanno preso parte alla Sezione Medica, hanno portato un considerevole contributo alla medicina dell'aviazione.

P. RINALDI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Rottura bilaterale del bicipite.

La rottura bilaterale del lungo tendine del bicipite brachiale, è certo non frequente, Baumgartner (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurg.* Paris, 1926, n. 13) ne cita un interessante caso, che merita menzione. Accadde in un uomo robusto di 53 a. che sollevava a livello del suo volto una tavola di legno tenendo gli avambracci in flessione, le mani in completa pronazione e le palme volte in alto. Mentre la tavola gli stava per cadere, egli per non ferirsi girò bruscamente le mani dalla pronazione nella estrema supinazione mantenendo la flessione ad angolo retto. Improvvisamente e simmetricamente i tendini dei due bicipiti si ruppero. Dopo un mese vi era grave disturbo funzionale, e nel flettere il braccio, d'ambo i lati, compariva nel centro di questo un tumore muscolare. Si intervenne a distanza di quattro giorni sui due arti. L'aponeurosi fu trovata intatta, la porzione prossimale del tendine era assai corta e posta nel solco intertubercolare il che rendeva difficile la sutura a capo a capo. Baumgartner suturò il tendine distale al periostio del solco intertubercolare ottenendo guarigione con ottimo risultato funzionale ed estetico.

L. TONELLI.

Ernia muscolare per rottura aponeurotica in un tabetico.

Si tratta di un disturbo trofico in un tabetico finora mai segnalato. Il malato, osservato dal Laignel-Lavastine e Valence (*Bull. Soc. méd. hôp.* 1926 n. 14), era un sessantenne sifilitico fin dal 1906, tabetico dal 1922. Oltre ai sintomi clinici classici della tabe presentava un'ernia muscolare del bicipite destro per rottura dell'aponeurosi brachiale anteriore, sopraggiunta spontaneamente, progressivamente senza alcun sforzo anteriore e senza dolore nel mese di gennaio 1926. Il malato non se ne era accorto che fortuitamente riguardando il suo braccio. L'ernia era tale che interessava quasi tutto il corpo carnoso del bicipite: costituiva un tumore molle nella parte inferiore del braccio e la palpazione permetteva di avvertire al di sopra di esso il cordone duro del tendine superiore del muscolo, che scompariva più in alto sotto il deltoide.

Al pari delle lesioni osteo articolari e cutanee presentate dal malato, il fatto notato è da considerarsi di natura trofica, simile a quelle rotture tendinee segnalate da numerosi autori nei tabetici e messe in evidenza dal Pierre Marie.

MONTELEONE.

Un caso di ipertrofia monolaterale.

B. S. Simpson (*Ed. Med. Jour.*, ottobre 1926) riporta un caso di una bambina di 8 anni, nella quale, fin dalla nascita, si era osservato l'arto inferiore sinistro molto più sviluppato del destro, con vene superficiali molto dilatate.

Tale differenza si andò sempre più accentuando col corso degli anni, e le vene assunsero l'aspetto di vere e proprie varici. A causa della maggior lunghezza dell'arto sinistro, si stabilì a poco a poco una scoliosi sinistro-concava compensatoria.

L'A. interpetra il caso come pseudo-ipertrofia secondaria ed alterato funzionamento del sistema vascolare, nel senso che un maggiore afflusso di sangue avrebbe indotto nell'arto inferiore sinistro un accrescimento più accentuato.

M. FABERI.

TERAPIA.

L'insulina nella cura dei tubercolotici.

I tentativi di cure d'ingrassamento per mezzo dell'insulina sono fondati sui fatti seguenti. L'insulinemia provoca nell'organismo un bisogno di idrati di carbonio e, insieme con l'ipoglicemia, compare un aumento degli scambi, che si manifesta con una sensazione di fame. Qualunque denutrizione, qualsiasi la sua origine e dato che essa non sia legata ad uno stato febbrile o ad una malattia del sangue dovrebbe quindi giovarsi di tale trattamento.

Herich (rif. in *Presse médicale*, 10 agosto 1927) ha applicato tale cura ai tubercolotici apiretici, non emottoici, ad andamento cronico. La presenza di un processo evolutivo, però, non costituisce la controindicazione maggiore, in quanto che detta cura non provoca nessuna reazione focale. L'A. ha iniziato la cura con due volte al giorno 5 unità di insulina, aumentando la dose di 10 unità al giorno, fino a raggiungere le 60 unità giornaliere. Sono state prese tutte le precauzioni per evitare l'ipoglicemia.

L'aumento di peso dei malati è stato di poca durata; la curva, che si eleva verticalmente all'inizio della cura, non tarda a farsi orizzontale; spesso, quando si sospendono le iniezioni, il malato ritorna al peso abituale.

Sembra che le forme torpide e croniche si siano manifestate quasi del tutto refrattarie a tale terapia, mentre nei casi gravi, con denutrizione e disidratazione rapide, si è osservato notevole aumento di peso.

L'A. ritiene che l'insulina agisca soprattutto per ritenzione dell'acqua, ciò che spiegherebbe l'au-

mento di peso di alcuni malati, di cui l'alimentazione rimaneva sensibilmente la stessa.

In complesso quindi, tale trattamento, nei tubercolotici non diabetici non è fondato su nessun successo confermato.

fil.

La tubercolina è specifica?

È la tubercolina specifica sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico? Ecco il problema che l'A. (F. Guy Griffiths, *British Medical Journal*, 7 maggio 1927) si è proposto di risolvere mediante una serie di ricerche accurate, cliniche e sperimentali.

Dopo aver accennato alle varie reazioni tubercoliniche ed ai risultati ottenuti in numerosi pazienti affetti da tubercolosi e da svariate altre malattie, l'A. perviene alle seguenti conclusioni:

a) dal punto di vista diagnostico la tubercolina è specifica per le seguenti ragioni:

1) essa è un reagente, che proviene dagli stessi bacilli che sono la causa dell'infezione; 2) gli individui che non sono infetti, godano essi buona salute o siano affetti da altre malattie, non reagiscono alla tubercolina; 3) coloro che sono infetti reagiscono, a meno che non siano protetti da immunità artificiale o troppo esausti per rispondere allo stimolo; 4) la reazione locale dimostra che il paziente è stato infettato; la reazione generale che i bacilli tubercolari sono viventi; la reazione di focolaio mostra la sede delle lesioni specifiche; 5) gli esperimenti sugli animali confermano quelli sull'uomo;

b) la tubercolina è specifica, infine, per quanto riguarda la terapia, per i seguenti dati di fatto:

1) la tolleranza alla tubercolina e l'immunità per la tubercolosi aumentano di pari passo; 2) la tubercolina agisce stimolando la « vis medicatrix naturae »; 3) le dosi crescenti di tubercolina fanno cessare la ipersensibilità iniziale; 4) sono necessarie forti dosi per ottenere benefici duraturi; 5) se dopo la cessazione della cura tubercolinica l'immunità si estingue, essa può ripristinarsi rapidamente ricominciando il trattamento; 6) la tubercolina è inattiva contro le infezioni streptococciche e le altre infezioni non tubercolari: ciò sta a dimostrare che la sua azione è specifica. Ed è per ciò che la cura tubercolinica risponde meglio nelle forme chirurgiche — che per lo più sono forme di tubercolosi pura — che nella tubercolosi polmonare.

N. MARZO.

La cura delle adeniti tubercolari con il cacodilato di soda.

Il cacodilato di soda torna in onore in terapia. La lunga esperienza ha dimostrato che esso è il preparato arsenicale più vantaggioso nella cura degli stati cachettici e dei processi infettivi cronici.

Luna e Ganan (*El Siglo Medico*, 1927, 16 luglio) l'hanno sperimentato nelle adeniti tubercolari ed affermano che senza avere la pretenzione di guarire tutti i casi, nè di soppiantare le altre cure, specie quelle fisioterapiche, il cacodilato di soda determina miglioramenti sensibilissimi.

Si adopera per iniezioni a dosi generose e progressive fino a gr. 1.20 al giorno e per 15 giorni.

I gangli caseificati si rammolliscono e dopo puntura diminuiscono rapidamente di volume e si riassorbono, mentre quelli non caseificati si sclerotizzano.

Contemporaneamente lo stato generale migliora, l'appetito ritorna, le emazie ed il valore globulare aumentano, e si ha leucocitosi moderata a tipo polinucleare.

DR.

SEMEIOTICA.

L'esattezza nella conta degli eritrociti.

Il *The Journ. of American Med. Assoc.* del 6 agosto 1927 richiama l'attenzione sul fatto che mentre nella misura della temperatura, non si tengono in gran conto piccoli sbalzi che possono dipendere da fattori individuali, o da condizioni fisiologiche trascurabili; mentre nello studio del metabolismo basale si lascia un ampio margine a quelle modificazioni che si indicano come oscillazioni della media normale, e così pure in altri campi si seguono dei criteri numerici con giusta larghezza, viceversa nella conta dei globuli rossi si è un po' troppo assolutisti e si considerano come patologiche modificazioni numeriche non troppo ampie. Leake-Kohl e Stebbius hanno fatto accurate ricerche in molti uomini sani dai 18 ai 30 anni, a distanza di un'ora, ed hanno dimostrato che si possono avere delle variazioni diurne nel numero delle emazie di 345.000 per gli uomini e di 310.000 per le donne. Onde clinicamente non si deve dare importanza alle modificazioni numeriche delle emazie che se queste sono superiori ad un quarto di milione.

L. TONELLI.

Sulla formula leucocitaria nella polmonite.

W. Menninger (*Journ. A. M. A.*, 8 agosto 1925) riferisce un caso di polmonite del lobo inferiore destro in alcoolista venuto alla sua osservazione in quarta giornata, e deceduto il giorno dopo. Ripetute conte di leucociti, eseguite in maniera da evitare errori di tecnica, diedero dai 150 ai 300 leucociti per mmc., rappresentate pel 95 % da linfociti. L'A. ricorda che secondo Naegeli una relativa leucopenia (meno di 10,000) si osserva

nel 5-10 % dei casi di polmonite, ed è di cattiva prognosi. Si ha quando il midollo è, almeno funzionalmente, leso, e quindi frequentemente nell'alcoolismo. (Nei luetici, nei malarici cronici, ecc. *N. d. R.*).

DORIA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Tintura di iodio con alcool denaturato. — All'abb. n. 1570-1:

L'impiego dell'alcool denaturato per la preparazione di tinture o per qualsiasi uso farmaceutico è tassativamente escluso dalle Farmacopee di tutti gli Stati. L'alcool viene denaturato con l'aggiunta di svariati prodotti (essenze, metileni, basi piridiniche, ecc.) e questi possono irritare i tessuti, dar luogo a incompatibilità chimiche con la sostanza terapeutica o, eventualmente, modificarne l'azione.

Anche nel caso della soluzione alcoolica di iodio (tintura di iodio) adoperata *per uso esterno* occorre sempre impiegare alcool puro di 95° ed eseguire la preparazione secondo le norme della Farmacopea. Conviene solo aggiungervi dell'acido iodico (gr. 1 per 100 di tintura) per rendere la soluzione stabile ed assicurare la distruzione dell'acido iodidrico, che si forma a mano a mano nelle tinture vecchie, rendendole irritanti.

Una volta si adoperava in America, ed era anche iscritta nella Farmacopea Germanica, una *tintura di iodio decolorata* preparata sempre con alcool puro ed aggiunta di una certa quantità di ammoniaca per ottenere la decolorazione. Si trattava di una preparazione assolutamente irrazionale: se l'aggiunta di ammoniaca era scarsa poteva formarsi un *ioduro di azoto*, sostanza esplosiva e pericolosissima, se l'aggiunta era abbondante si otteneva una soluzione di *ioduro di ammonio*, priva dell'efficacia terapeutica della tintura di iodio.

Ciò dimostra il rigore e le precauzioni che sono indispensabili anche per le più semplici preparazioni medicamentose.

P. DI MATTEI.

VARIA.

Un confronto tra donne e uomini.

H. Campbell (rif. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 18 dic. 1926) ha tenuto, nell'Istituto d'Igiene di Londra, una conferenza sul valore rispettivo dell'uomo e della donna nei riguardi fisici, intellettuali e morali, traendone occasione dai recenti *records* di nuoto attraverso la Manica.

Negli altri mammiferi, come cavalli e cani, non vi sono differenze tra maschi e femmine per quanto riguarda lo sviluppo muscolare o la velocità; ma nella specie umana la donna ha uno sviluppo muscolare ridotto, polmoni più piccoli, ed il sangue meno ricco di emazie nei rapporti di 4:5; il « fuoco vitale » nella donna brucia meno rapidamente che nell'uomo. La donna è più piccola di statura, e la differenza è ascrivibile sovratutto agli arti inferiori, il che ne fa, tra l'altro, una nuotatrice meno valida.

La donna è adunque manifestamente meno adatta ad una vita fisica rude.

Psichicamente uomini e donne sono incirca allo stesso livello *medio*. Se nell'uomo il genio è più frequente, nella donna è più rara l'idiozia. Uomini e donne differiscono qualitativamente più che quantitativamente nel campo psichico: la donna coltiva più il campo del sentimento.

(*Ann. d'Ig.*, feb. 1927).

Per l'insegnamento della limitazione delle nascite in Inghilterra.

A. E. Giles (*Lancet*, 22 genn. 1927) sostiene che la limitazione delle nascite ha in alcune circostanze una giustificazione medica, in altre una giustificazione economica. La professione medica dovrebbe renderne note le indicazioni e le limitazioni. A coloro che intendono di praticarla per sole ragioni economiche, converrebbe prospettarne tutti i pericoli e i danni prossimi e remoti. Se giudicata necessaria, bisognerebbe insegnare i mezzi migliori da adottare per eliminarne le conseguenze dannose.

Pubertà precoce.

G. F. Keatinge (*Journ. of Obst. a. Gyn. of Brit. Empire*, v. 33, 1926) ne descrive due casi: 1) Bambina di 7 anni, mestruante regolarmente da 6 mesi; bene sviluppata, con caratteri sessuali secondari; all'esame addominale e rettale si scopre una cisti ovarica s., della grandezza di una palla da tennis; utero di tipo adulto, ma non ingrandito, in posizione normale. Rimossa la cisti, di tipo dermoide, unitamente a quasi tutto l'ovaio, le mestruazioni cessano ed entro sei mesi anche i caratteri sessuali secondari scompaiono; 2) Bambina di anni 3 1/2; aveva cominciato a mestruare ad 1 mese; il pube si era coperto di peli alla fine del 1° anno; all'esame addomino-rettale si scopre una cisti ovarica d., della grandezza di un'avellana; rimossa la cisti insieme a buona parte dell'ovaio, la bambina non ha risentito nessun miglioramento; mestruazioni e caratteri sessuali secondari persistono invariati. (Da « *La Cl. Ost.* »)

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Il Patronato Nazionale.

Fra le previdenze sociali dello Stato Fascista in relazione alla nuova organizzazione Sindacale della Nazione, vi è il Patronato Nazionale.

Esso si occupa della efficace assistenza in pro' di quei lavoratori colpiti da infortuni nell'Industria e nell'Agricoltura; controlla l'applicazione delle Assicurazioni sulla Invalidità e la Vecchiaia e la disoccupazione; facilita la offerta e la richiesta della mano d'opera al fine della pronta utilizzazione e del selezionamento di essa per mezzo dei suoi uffici di collocamento.

Disponendo il Patronato Nazionale di Uffici in ogni capoluogo di Provincia alla diretta Dipendenza del Segretario Generale Federale Provinciale, nonchè corrispondenti in tutti i Comuni del Regno attraverso i Podestà ed i Segretari dei Fasci, ha il modo di effettivamente far sentire la sua benefica influenza a tutti i lavoratori Italiani.

Esso deve diventare il fulcro dell'Assistenza sociale nel vasto e complesso programma che lo Stato Fascista intende svolgere; in diretto contatto con l'Istituto della Mutualità e Previdenza, con la Cassa Nazionale Infortuni; con la Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali.

Uno dei più importanti compiti dal lato assistenziale e morale, è l'assistenza al lavoratore infortunato sul lavoro. Far dare all'operaio quello che realmente per la sua lesione ha diritto; combattere e vincere la resistenza di difesa delle Società. Sindacati Assicurativi; smascherare gli esageratori, i simulatori è opera altamente sociale.

Se noi guardiamo alle cifre esposte, per questo ramo dell'attività dal Patronato, nella relazione al Consiglio Direttivo Nazionale dal Direttore Generale A. Buffa, comprendiamo facilmente quale imponente lavoro è stato fatto e quale proporzione tale opera può assumere per l'avvenire.

Nel 1926 furono eseguite per infortunati delle Industrie 18.847 visite chirurgiche; 426 neuropatologiche; 16.413 di controllo; 207 oto-rino-laringoiatriche; 2523 oculistiche; 688 mediche; 1373 radiografiche. Furono altresì esperite 8464 pratiche per gli infortuni agricoli.

L'opera del Medico è e deve essere preminente in questo enorme lavoro sociale, in quanto essa è per la legge attuale Infortuni la base prima e la base ultima sulla quale si fonda il giudizio degli avvocati e le conclusioni dei Magistrati.

Ben ciò sanno le Società di Assicurazioni che hanno voluto nella loro compagine medica i migliori fra i clinici d'Italia e li hanno sempre ben pagati.

Per combattere ad armi pari, per poter dare alle relazioni Mediche la completezza necessaria, tale che ad essa dagli avversari nulla vi sia da opporre se non la discussione sulla interpretazione sintomatologica occorre che i collegi medici dei Patronati Provinciali siano forniti di tutti i mezzi d'indagine (Gabinetto Radioscopico, Gabinetto di analisi, Gabinetto nevrologico, oculistico, otoiatrico, ecc.).

Occorre altresì che le visite avvengano presso l'Istituto provinciale. che la collaborazione dei vari specialisti sia effettiva e contemporanea onde il soggetto visitato prima dall'infortunista generico e poi dai specialisti necessari al caso possa essere dai medici visitatori discusso e la relazione medica da redigersi sia la conseguenza di detti esami e di detta discussione.

Così si darà sempre più la sensazione che il Patronato Nazionale è ben differente dai soliti Studi infortunistici, che esso vuol raggiungere quella perfezione nelle indagini e nei responsi alla quale nulla debba e possa obiettare la Società Assicuratrice, che esso è centro di effettivo elevamento della pratica infortunistica.

(Da « *Il Medico Italiano* », 25 settembre 1927).

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato medico fascista di Roma e provincia.

Il Direttorio del Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia, nell'adunanza del 10 corr., ha deliberato di associarsi completamente all'ordine del giorno votato dai Direttori riuniti degli altri Sindacati intellettuali perchè sia repressa con ogni severità la senseria professionale e non vengano concesse licenze del genere.

Si associa inoltre a quanto i predetti Sindacati hanno deliberato nei riguardi della Cooperativa « Pro hominibus ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BASCHI (*Perugia*). — A tutto 10 dic.; v. fasc. 46.

CARCERI (*Padova*). — Al 30 nov.; L. 9000 e addizion. L. 5 sopra i 1000 pov.; per uff. san. L. 500; tassa L. 50.

CASTELNUOVO DI CONZA (*Salerno*). — Consorzio con Santomenna. Scad. 15 dic.; vedi fasc. 44.

CHIOGGIA (*Venezia*). — Per Sottomarina (fraz. B), al 10 dic.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10; stip. L. 8500, aumenti periodici, p. trasp. L.1000-3000-4000; chied. annunzio. Serv. entro 15 gg.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — A tutto 15 dic. aiuto chirurgo negli Ospedali Uniti; nom. e conferma biennali; indenn. L. 7000, oltre L. 600 serv. att.; tassa L. 50. Rivolgersi al Municipio.

GENOVA. *Ospedale Psichiatrico Provinciale.* — Scad. 10 dic.; vedi fasc. 44.

GROSSETO. — Direttore della Sez. Medico-Micrograf. del Laborat. Provinciale d'Igiene e Profilassi. Scad. ore 18 del 31 dic. Titoli ed esami. Stip. L. 14,000 e quadrienni fino a L. 21,000; L. 2500 serv. att.; L. 500 alloggio; partecipaz. 20 % analisi e contravvenz. Tassa L. 50. Età lim. 45 a. al 3 nov. Serv. entro 20 gg. Chied. annunzio alla Segreteria Gener. della Provincia.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Assist. del Gabinetto Radiologico dell'Ambulat. Com. per i bambini delle scuole e per i poveri; L. 2400 annue; 2 ore di serv. giornal., escluse le domeniche; titoli. Anno di prova; poi nom. biennale. Età lim. 35 a. Scad. ore 16 del 10 dic. Rivolgersi Ufficio di Protocollo (via Ospedale 5). Docum. a 1 mese dal 3 nov. Serv. entro 15 gg. Chied. ann.

Assist. dell'Ambulat. Comunale Podoiatrico per i bambini delle scuole e per i pov. Stesse condiz.

NAPOLI. *Alto Commissariato per la Provincia.* — Uff. san. di Torre Annunziata; ab. 35,402; Ha. 990; stip. L. 12,000; dom. in carta da L. 3 all'Ufficio del Med. Prov. entro le ore 12 del 30 dic.; età lim. 45 a.; docum. a 3 mesi dal 20 ott.; titoli ed esami; a parità titolo preferenza: corso di puericoltura.

NOVARA. — Ufficiale sanitario. Scad. 10 dic.; vedi fasc. 44.

SAVONA. — Due med. cond. supplenti senza assegnaz. di zona; L. 5000 e 10 bienni ventesimo; c.-v Scad. 31 dic.

VERCELLI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Biella; a tutto 20 dic.; vedi fasc. 46

VICENZA. *Amministraz. Provinciale.* — Scad. 15 dic. Vedi fasc. 45.

CONCORSI A PREMI.

Premio Locatelli.

Non essendo stato aggiudicato all'unico concorrente il premio Locatelli pel 1926, l'Associazione professionale dei Dermosifilografi italiani ha riaperto il concorso per l'anno 1927, con la somma di L. 2000, da consegnarsi all'autore del migliore lavoro sul tema: « Le dermatosi scolastiche ». Il lavoro ha scopo di propaganda igienica e perciò sarà svolto in forma tale da poter essere letto con profitto, oltre che dai medici non specialisti, anche da tutti coloro ai quali per ragioni di insegnamento, di educazione, di custodia, ecc. sono affidati dei bambini in età da frequentare la scuola. Dovrà essere perciò corredato di numerose figure.

I lavori, scritti a macchina o stampati, debbono essere inviati al segretario dell'Associazione, dottor Felice Brunetti, Torino (va Garibaldi, 5) entro il 31 gennaio 1928.

POSTI DI PERFEZIONAMENTO.

È aperto il concorso al posto di perfezionamento « Maffucci » presso l'Istituto di Anatomia patologica della R. Università di Pisa per gli anni scolastici 1927-28 e 1928-29. L'assegno è di L. 1000 annue. Possono concorrere i laureati negli anni 1926-27 o 1925-26 da tutte le Università del Regno. Il concorso è per titoli; la Commissione potrà sottoporre i concorrenti a una prova di esame. Scad. 31 dicembre.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. on. Giuseppe Muscatello è nominato rettore della R. Università di Catania per il biennio accademico 1927-28 e 1928-29.

Si è testè chiuso il concorso per titoli ed esami per quattro posti di medico dei dispensarî celtici del Governatorato di Roma.

Sono stati eletti secondo graduatoria i seguenti medici: 1° Umberto Granelli; 2° Riva Sennen; 3° Lionetto Francesco; 4° Angeli Rodolfo.

Il dott. Francisco Castillo Najera è stato eletto presidente dell'Accademia Medica del Messico. Il Najera rappresenta il Governo del Messico nel Belgio, in qualità di ministro plenipotenziario.

NOTIZIE DIVERSE.

Il Consiglio superiore della Sanità.

Con recente Sovrano provvedimento si è provveduto alla costituzione del Consiglio Superiore di Sanità pel triennio 1927-29, in conformità del nuovo ordinamento portato dalla legge 23 giugno 1927.

L'alto consesso — a prescindere dai membri di diritto — è stato costituito come appresso:

1) Alessandrini prof. Giulio; 2) Ascoli prof. Vittorio; 3) Bargellini prof. Guido; 4) Bilancioni prof. Guglielmo; 5) Bordoni ing. Ugo; 6) Boselli-ni prof. Pier Ludovico; 7) Canalis prof. Pietro; 8) Casagrande prof. Oddo; 9) Di Vestea prof. Alfonso; 10) Gabbi prof. Umberto; 11) Gianturco dott. Emilio; 12) Lanfranchi prof. Alessandro; 13) Lessona prof. Silvio; 14) Maggiora prof. Arnaldo; 15) Mancioli prof. Tommaso; 16) Manfredi prof. Luigi; 17) Marchiafava prof. Ettore; 18) Orsi prof. Giovanni; 19) Parravicino prof. Nicola; 20) Puppini ing. Umberto; 21) Sclavo prof. Achille; 22) Serpieri prof. Arrigo; 23) Stazzi prof. Pietro; 24) Vacino dott. Achille; 25) Valenti prof. Adriano.

Quale rappresentante dell'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia è stato designato a far parte del Consesso stesso il prof. Francesco Valagussa.

Con successivo decreto ministeriale, poi, il prof. Ettore Marchiafava e il prof. Alfonso Di Vestea

sono stati nominati rispettivamente Presidente e vice Presidente del Consiglio medesimo per la sessione dell'anno corrente.

Sono in corso le designazioni, da parte dei rispettivi Sindacati Nazionali, dei rappresentanti in detto Consesso dei medici-chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti esercenti nel Regno.

L'assicurazione contro la tubercolosi.

La « Gazz. Uff. » pubblica il R. D. L. 27 ottobre 1927, relativo all'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, della quale ci siamo già largamente occupati.

Il Decreto stabilisce fra l'altro che è obbligatoria l'assicurazione contro la tubercolosi per le persone di ambo i sessi che sono assicurate contro la invalidità e la vecchiaia e per le persone della gente di mare contribuenti alla Cassa degli invalidi della Marina mercantile.

Restano ferme anche per l'assicurazione contro la tubercolosi, le eccezioni stabilite per l'assicurazione contro la invalidità e la vecchiaia.

L'assicurazione ha per scopo di provvedere a favore degli assicurati e delle persone di loro famiglia al ricovero *a*) in speciali luoghi di cura a tipo sanatoriale, ospedaliero sanatoriale e post-sanatoriale; *b*) in istituzioni ospitaliere legalmente riconosciute, le quali abbiano speciali e separati locali atti ad assicurare agli aventi diritto un isolamento ritenuto conveniente dall'autorità sanitaria provinciale.

Scuola di Sanità Militare Marittima « Alessandro Pasquale ».

Il 21 settembre nell'aula della R. Scuola di Sanità Militare Marittima « Alessandro Pasquale » di Napoli, dinanzi ad un pubblico numeroso ebbe inizio l'VIII Corso di Applicazione per i tenenti medici di nuova nomina nella R. Marina.

Fra gl'intervenuti erano: S. E. l'ammiraglio Solari, R. Commissario del Porto di Napoli, il medico capo della provincia comm. Sbriscia, il col. medico De Maria, direttore dell'Ospedale Militare della Trinità, i generali medici proff. Pasquale, Belli, Guerra, altre autorità e personalità e numerosi altri medici civili e militari ed ufficiali della R. Marina.

Tenne il discorso inaugurale il Direttore della Scuola col. medico dott. Alfonso Falso.

Scuola specializzata in Medicina Legale e delle Assicurazioni Sociali.

Presso la Segreteria della Facoltà Medico-Chirurgica nella R. Università (via Balbi, Genova), sono aperte le iscrizioni per gli aspiranti al diploma di perfezionamento in Medicina legale e delle Assicurazioni sociali, a norma dell'art. 44 della legislazione universitaria, per il titolo di specializzazione (D. 31-12-1923, n. 2909).

Il diploma è conferito a chi ha frequentato il corso regolamentare, e ha superate le prove d'esame in Medicina legale generale, Elementi di Diritto civile, commerciale e penale, esercitazioni alla perizia Neuro-psichiatrica, Traumatologia chirurgica, Tanatologia forense, Polizia medica, Tecnologia.

Le domande d'iscrizione devono recare nome, cognome, paternità, domicilio dell'aspirante, che vi unirà il certificato di laurea in medicina e chirurgia. Tassa annuale d'iscrizione L. 200. Il corso corrisponde alle finalità contenute nell'articolo 209 del Cod. di Proc. P. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Direzione dell'Istituto di Medicina Legale, via Bertani 5, Genova. L'iscrizione però va fatta presso la Segreteria della R. Università, via Balbi, dove va pure versata la tassa d'iscrizione e di esame.

Elargizioni e lasciti.

Il commerciante di Trapani Giuseppe Serraino Vulpitta ha lasciato, morendo, la cospicua somma di quattro milioni a quel Dispensario Antitubercolare, già eretto a sue spese, e pel quale egli era stato già insignito della medaglia d'oro dei benemeriti della sanità pubblica.

Il dott. J. Schneider, noto oftalmologo, da poco morto a Milwankee, A. N. (Stati Uniti), ha legato all'Università di Würzburg (Germania) la somma di 300,000 dollari, pari circa a 6 milioni di lire it., come fondo di riserva destinato al trattamento delle madri e dei bambini che frequentano la Clinica e la Policlinica di Oftalmologia.

Per il prossimo Congresso francese di chirurgia.

Per il Congresso francese di chirurgia che si adunerà nel 1928 sono stati scelti i seguenti temi: « La rachianestesia », relatori Forgue (Montpellier) e Basset (Parigi); « Resultati remoti del trattamento chirurgico dell'ulcera duodenale », relatori Delore (Lione) e Okinczyc (Parigi); « Sequele remote della trapanazione del cranio per lesioni traumatiche », relatori Maisonnet (dell'Esercito) e Petit-Dutaillis (Parigi). Il Congresso sarà presieduto dal prof. Gosset (Parigi); ne sarà vice-presidente il prof. Tixier (Lione).

Per i Centri anticancerosi del Belgio.

Con decreto del re dei Belgi sono stati assegnati 277,300 franchi a quattro Centri anticancerosi per le spese di funzionamento incontrate nel 1927.

Donazioni all'Università di Parigi.

La « Société des amis de l'Université de Paris » nell'ultima sua assemblea, presieduta da Raymond Poincaré, ha deciso di fare cospicue donazioni a varî laboratorî. Pel tramite di essa, il rettore onorario dell'Università, Paul Appell, ha fatto una donazione per l'acquisto di libri destinati alla sala degli studenti; l'esempio fu imitato. David Weildette ha donato 100,000 franchi per la pubblicazione di tesi di dottorato, in considerazione del fatto che molti studenti non rie-

scono a conseguire la laurea a causa delle forti spese attuali di stampa e dato che i fondi già forniti a tale scopo dall'Institut de France, dal governo centrale e dalla marchesa Arconati Visconti, sono esauriti. La Società si adopera attivamente a sostenere gli studenti stranieri che frequentano l'Università di Parigi, allo scopo di diffondere la coltura francese nel mondo: attualmente vi sono a Parigi 633 studenti stranieri, di cui 329 degli Stati Uniti. La Società favorisce anche la creazione di nuove cattedre, di corsi, di conferenze, di borse di studio, di premi, di biblioteche speciali.

Istituzione per i deficienti mentali di New York.

Lo Stato di New York è venuto creando una grandiosa istituzione per deficienti mentali: il villaggio di Letchworth; esso è capace di 2,500 posti, ma verrà ancora ingrandito fino a raggiungere 3500 posti. Nel villaggio è stato recentemente inaugurato un nuovo ospedale, destinato sia ai ricoverati della colonia, sia agli impiegati e al personale addettovi. Esso è fornito di tutti i servizi più perfezionati; ha delle sezioni per tubercolotici, camere d'isolamento, camere private, un ambulatorio, un gabinetto roentgenologico e un laboratorio.

Il centenario della « Gazette des Hôpitaux ».

Il reputato periodico medico francese diretto con tanta autorità e competenza dal dott. F. Le Sourd, ha festeggiato, il 14 novembre, il suo centenario. Al Palais d'Orsay si sono riuniti a banchetto i suoi redattori e collaboratori, i suoi amici ed i rappresentanti della stampa medica straniera. Ci associamo alla simpatica manifestazione ed auguriamo al confratello una lunga vita e crescente successo.

Insegnanti a tutto impiego nell'Univ. di Tulane.

L'esperimento iniziato qualche anno addieto nella scuola medica dell'Università di Tulane, a New Orleans (Stati Uniti), relativo all'adozione di insegnanti cui è vietato l'esercizio professionale libero (così da consacrarsi per intero all'insegnamento) va sempre più sviluppandosi. Ora il General Education Board ha stanziato 150,000 dollari pagabili in 5 annualità, perchè la Scuola organizzi l'insegnamento della chirurgia con questo sistema, che là è detto del « full-time teaching ».

Un medico francese a un Congresso tedesco di medicina.

Al Congresso dell'Associazione dei Medici Tedeschi adunatisi a Würzburg intervenne il dott. Edgar Leroy, il quale aveva partecipato al Congresso internazionale democratico per la pace che si era tenuto quasi contemporaneamente. Invitato a prendere la parola alla seduta inaugurale, egli rilevò che i medici tedeschi mettono al primo piano delle loro preoccupazioni gli stessi problemi che richiamano l'attenzione dei medici francesi; constatò l'importanza crescente della collaborazione internazionale, per i progressi scientifici, tecnici, economici, sociali: vengono, così, sorpassate e spezzate le frontiere. Mandò un saluto a tutti i medici tedeschi. Fu calorosamente applaudito. Aveva cominciato a parlare in inglese, ma fu invitato a continuare in francese, meglio compreso dalla generalità dei convenuti.

(*Mouvem. Sanitaire*, 30 sett. 1927).

Scuola di perfezionamento in Odontoiatria e protesi dentaria presso la R. Università di Bologna.

Sono aperte le iscrizioni per l'anno scolastico 1927-28 ai corsi di perfezionamento di odontoiatria e protesi dentaria per i laureati in medicina e chirurgia.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione dei documenti e nel versamento delle tasse.

Per programmi ed informazioni rivolgersi presso la Segreteria della Scuola, via S. Vitale, 59, Bologna (13).

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIV Roma, 12 Dicembre 1927 Fasc. 50

IL POLICLINICO

Per l'anno 1928.

Ai Medici italiani,

Per 34 anni, il **Policlinico**, *fondato su salde basi e fermo nelle direttive della vera clinica, ha potuto mantenere una fisionomia sua propria. Superate tutte le difficoltà dei tempi della guerra e del dopo guerra, ha ripreso con vigore la via del suo avvenire.*

Nel decorso anno le sezioni mensili, **medica** *e* **chirurgica**, *veri archivi della produzione clinica nazionale, si sono ampliate per un numero molto maggiore di pagine e si sono arricchite di tavole.*

Anche la sezione **pratica** *settimanale ha potuto dare più largo sviluppo alle sue molteplici rubriche, nelle quali il lettore sa di trovare a colpo sicuro quanto gli interessa di scienze biologiche, di casistica clinica, di terapia, di norme legali che regolano i suoi rapporti, di nuovi sviluppi amministrativi, di notizie sul personale medico italiano e straniero.*

Gli archivi mensili e la sezione pratica costituiscono un insieme, ch'è sufficiente per soddisfare il sempre vivo desiderio del medico italiano di perfezionarsi nella coltura, nella pratica, nello spirito. E però egli ha nel **Policlinico**, *il* **suo giornale**.

Mentre salutiamo il nascere e il fiorire di buoni periodici medici, non abbiamo motivo di cambiare il nostro indirizzo che ci tiene lontani dalle frasi pompose e dagli esclusivismi di scuola, volti come siamo soltanto alla sana clinica, all'onesta tutela degli interessi generali e a quell'elevazione morale che distingue la nostra dalle altre professioni.

Perchè sempre meglio possiamo raggiungere simili intenti, volgiamo calda preghiera a tutti i nostri bravi collaboratori, delle sezioni mensili e della sezione pratica, di volere mantenersi brevi, di esporre nettamente, chiaramente, quanto è frutto dei loro studî e della loro esperienza, senza troppo divagare in ricordi storici o in esplicazioni dottrinali, e senza l'ossessione di documentare ogni cosa. È nello stile dell'epoca andare diritti allo scopo.

Le memorie concepite e scritte in tal modo sono più lette, più apprezzate, meno ingombranti per il giornale: noi potremo contentare maggior numero di autori ed evitare le lunghe soste dei lavori in redazione. Rifiuteremo pertanto o ridurremo i lavori che non rispondano a tali requisiti. Il sacrificio singolo sarà largamente compensato dal vantaggio generale.

Dal canto nostro, mentre ringraziamo l'amministrazione di avere ridotto il prezzo di abbonamento, assicuriamo di aver preso ogni misura perchè il giornale sia meglio aggiornato, rapidamente esponga il meglio che nel mondo si viene producendo nella scienza e nella pratica clinica, e sollecitamente informi di quanto può interessare sotto ogni rapporto. I corrispondenti che abbiamo scelto in ogni centro di coltura italiana completano il carattere prettamente nazionale del **Policlinico**. *Abbiamo anche escogitato i mezzi per ottenere di fatto una maggiore copia di riviste sintetiche e di lezioni dei nostri migliori clinici, d'ogni scuola, che non ha avuto fin'ora lo sviluppo da noi vivamente auspicato.*

Sicuri nella coscienza di avere con lena, e con passione di bene, lavorato per il vantaggio e per la dignità della medicina italiana, porgiamo saluti e grazie ai nostri fedeli abbonati, e sollecitiamo la cooperazione degli studiosi italiani, per soddisfare la nostra ambizione che il **Policlinico** *spanda da Roma per l'Italia e il mondo la luce di verità e l'ideale che sorge dalle rinnovate energie della Patria.*

LA REDAZIONE

Gli anni di vita del "POLICLINICO" sono ormai tanto numerosi, che essi soli dovrebbero essere sufficienti ad infondere nell'animo dei medici quel senso di stima e di fiducia, proprie di un giornale scientifico serio.

L'Amministrazione perciò avrebbe potuto esimersi dal rivolgersi anche quest'anno, come usa annualmente, ai suoi lettori per tornare a ripetere, in fine, quanto essa ha fatto e quanto si propone di fare.

Deve il "POLICLINICO", con il suo passato, fare ancora ciò?

Quest'anno l'Amministrazione, dopo le parole della Redazione, aveva pensato senz'altro di tacere, sicura che non per ciò gli abbonati avrebbero disertato; ma poi, sapendo che i let-

tori del "POLICLINICO" attendono le sue parole di fine d'anno, non tanto per il contenuto, quanto perchè sentono in esse il personale saluto, fatto di ringraziamento e di augurio, anche quest'anno ha deciso di non venir meno alla consuetudine.

Ma anzichè dire parole, porta fatti: **La diminuzione del prezzo di abbonamento** è la miglior prova del senso di sacrificio che ha sempre animato ed anima il "**POLICLINICO**".

Forse la diminuzione di per sè può sembrare esigua, ma basterà tener presente il grande numero degli abbonati al "**POLICLINICO**" per valutare il grave onere impostosi dall'Amministrazione. Questa, ciò non ostante, si impegna di mantenere il "**POLICLINICO**" uno dei migliori giornali medici italiani e, nel medesimo tempo, il più a buon mercato fra quelli maggiormente accreditati.

Che tali pregi siano posseduti di già dal "**POLICLINICO**", lo dimostra il fatto che raramente i suoi abbonati se ne allontanano, ed anzi, con orgoglio, possiamo affermare che qualcuno dei pochissimi che lo aveva lasciato, dopo appena un anno è tornato nella nostra famiglia, pentito della decisione presa e chiedendo anche l'invio dei Numeri dell'annata interrotta.

Nè è da dimenticare un merito intrinseco del nostro Giornale: tutte le sue colonne, le quali per i caratteri tipografici adoperati, racchiudono un materiale efficiente, sono destinate **esclusivamente** al testo, senza che in calce a nessuna di esse si riscontrino avvisi a pagamento. Ciò non si verifica neppure nella rubrica "Notiziario", dove, forse, potrebbe anche essere consentito.

I medici Italiani vorranno, ne siamo certi, tener presente tutto ciò e continuarci il loro valido consenso.

L'EDITORE

ABBONAMENTI AL "POLICLINICO" PER IL 1928

	ITALIA	ESTERO
Singoli:		
(1) Alla sola Sezione pratica (settimanale)	Lire 65	Lire 105
(1*a*) Alla sola Sezione medica (mensile)	Lire 40	Lire 55
(1*b*) Alla sola Sezione chirurgica (mensile)	Lire 40	Lire 55
Cumulativi:		
(2) Alle due Sezioni (pratica e medica)	Lire 95	Lire 150
(3) Alle due Sezioni (pratica e chirurgica)	Lire 95	Lire 150
(4) Alle tre Sezioni (pratica, medica e chirurgica)	Lire 115	Lire 180

N. B. - Tutti coloro che ci faranno tenere entro il mese di dicembre 1927, l'intero importo del proprio abbonamento pel 1928, potranno, coll'aggiunta di sole

Lire 8

ricevere, a loro scelta, UNO dei due volumi indicati qui sotto alle lettere *a*) e *b*):

a) **LA CLINICA DELLA ADESIONE PERICARDICA** (*Fibrechia del cuore*) **NELL'ASPETTO SUO DIAGNOSTICO.** (Prof. G. L: SACCONAGHI) . . . prezzo di copertina L. 20

b) **LA LEGISLAZIONE SANITARIA IN RAPPORTO ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE.** (Dott. ALBERTO VIGO - *doctor Justitia*) . . . . » » » 16

e coll'aggiunta di sole

Lire 6

ricevere, a loro scelta, UNO degli altri tre volumi indicati alle lettere *c*) *d*) *e*):

c) **L'IMPORTANZA DELLE PARATIROIDI SECONDO LE ODIERNE VEDUTE.** (dott. VITTORIO GHIRON) . . . . » » » 14

d) **LA MODERNA LOTTA CONTRO LE MALATTIE SESSUALI.** (Dr. F. TRAVAGLI) » » » 10

e) **DEI MEDICI FUTURI.** (AUGUSTO MURRI) . . . . » » » 8

Avvertenza — *Questa eccezionale riduzione è riservata esclusivamente a coloro che faranno direttamente capo alla nostra Amministrazione e non già a traverso commissionari.*

Una preghiera ai nostri fedeli abbonati:

Affrettare quanto più possibile l'invio dell'importo di rinnovazione dell'abbonamento pel 1928 e, al polizzino del vaglia postale, dell'Assegno, Chèque, o Vaglia Bancario (questi ultimi riscuotibili in Roma), applicare possibilmente la fascetta con la quale si sono finora ricevuti i fascicoli o, quanto meno, indicare con esattezza il rispettivo numero di abbonamento. Con ciò verranno facilitati due compiti: all'Ufficio d'Amministrazione, quello dell'esatto accreditamento del pagamento nella rispettiva partita; all'Ufficio di Spedizione, l'altro di mantenere ininterrotto e regolare l'invio dei fascicoli pel nuovo anno 1928.

Ricordiamo che il vaglia postale dovrà essere indirizzato nominativamente all'editore LUIGI POZZI, via Sistina, 14, "aggiungendo" per l'ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA e che (nel posto riservato al bollo dell'ufficio Postale pagatore) deve essere munito della prescritta marca da bollo da 5 centesimi fino a L. 100 e da centesimi 10 se il vaglia supera le L. 100. Chi si trova sprovvisto della marca accresca dei detti centesimi l'importo del vaglia stesso. Coloro che faranno uso di Chèque, Vaglia o Assegno Bancario provvedano che questi siano riscuotibili in Roma.

L'EDITORE

N. B. *Indirizzare i Vaglia Postali o gli assegni Bancari* (**questi debbono essere pagabili in Roma**) *all'Editore LUIGI POZZI - Via Sistina 14 ROMA.*

ANNO XXXIV Roma, 12 Dicembre 1927 Fasc. 50

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO D'IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal Prof. G. SANARELLI.

L'importanza dell'inalazione di gas putridi nel tifo.
(Setticemia Eberthiana con reinfezione ripetuta).

Prof. NICOLA SETTE, assistente.

L'infezione Eberthiana, quale si trova descritta nei trattati classici di patologia e clinica medica, comincia a non essere più tanto frequente mentre, per altro, i mezzi di indagine, che sempre più si perfezionano, ci fanno classificare dei casi che per il loro decorso anomalo difficilmente si potrebbero ben diagnosticare e che rimarrebbero ad ingrandire il gruppo delle infezioni criptogenetiche.

Il caso di infezione Eberthiana che sto ora per descrivere credo che abbia un interesse particolare in quanto che l'ammalato ha avuto quattro periodi febbrili, fra loro in stretto rapporto; tuttavia l'infezione non può essere classificata come « tifo a ripetizione » in quanto che, in tali casi non si osservano ordinariamente periodi lunghi fra un periodo febbrile e l'altro, come invece nel caso in questione.

Questo caso poi, oltre all'interesse clinico, credo abbia interesse speciale nei riguardi del mestiere che il P. faceva e quindi può trovare riscontro con le osservazioni cliniche e sperimentali dei rapporti fra inalazioni putride ed infezioni in generale.

Eccone la storia clinica:

M. Armando, di a. 29, meccanico addetto alla sistemazione di tubi per la posta pneumatica. Anamnesi remota personale e famigliare, negativa. Negli ultimi tempi, prima di ammalare, è stato costretto a scendere nelle fogne della città, rimanendovi per varie ore consecutive a lavorare.

Il 18 giugno 1926, dopo qualche giorno di malessere, ha avuto perdita di appetito ed è poi ammalato con febbre preceduta da brivido e cefalea intensa. Non ha avuto epistassi nè tosse.

E. O. Stato generale discreto, lingua patinosa con margini e punta arrossati, milza debordante appena un dito, ventre contratto, sensibile in corrispondenza della regione ileo cecale. Stipsi persistente; temperatura, nel primo settenario, fortemente remittente. Essendosi così diagnosticata una probabile infezione tifica, si fa ricoverare in Ospedale ove in nona giornata viene redatta la cartella clinica con l'E. O. seguente:

Condizioni generali discrete, sensorio integro, decubito indifferente.

Polso: molle, accenno a dicrotismo, frequente.

Respiro: di frequenza appena aumentata.

Temperatura ascellare: 38.5 C°.

Nulla a carico della cute; lingua umida, impaniata.

Esame del torace: negativo.

Addome: poco trattabile, indolente, assenza di roseole e tumefazioni abnormi.

Fegato: bordo superiore nei limiti; bordo inferiore non si palpa ma con la percussione si delimita a tre dita trasverse dal bordo costale, sul prolungamento della papillare.

Milza: in alto al settimo spazio, in basso deborda circa due dita, liscia, poco aumentata di consistenza, indolente.

Esami praticati:

Urine: tracce di albumina.

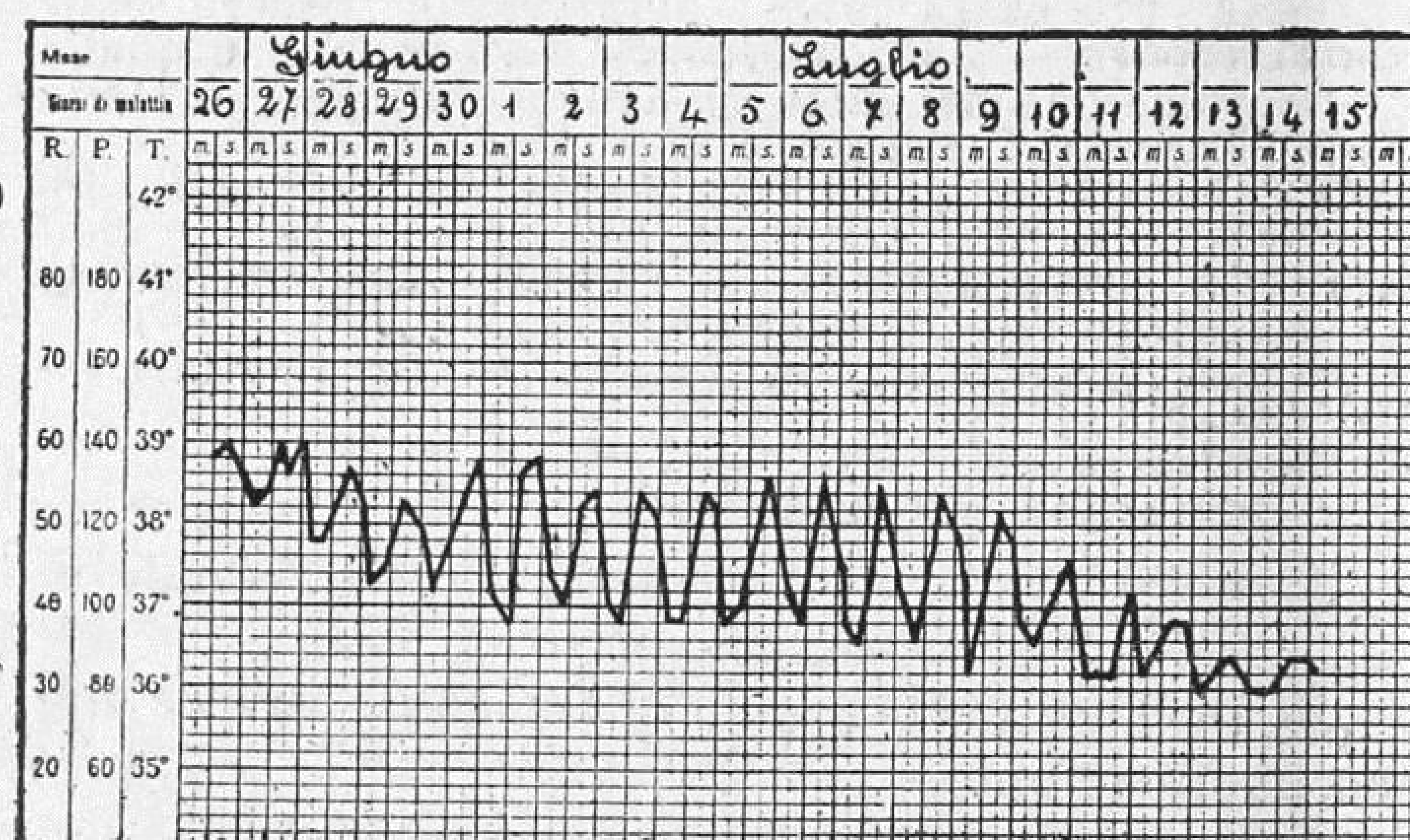
Sierodiagnosi per tifo, paratifi e melitense, praticata il 28-6-1926 ed il 3-7-1926: negative.

Emocultura praticata l'8-7-1926: negativa.

Ricerca del parassita malarico: negativa.

Si riscontra leucopenia.

Cura: durante la degenza gli è stato somministrato chinino ed urotropina.

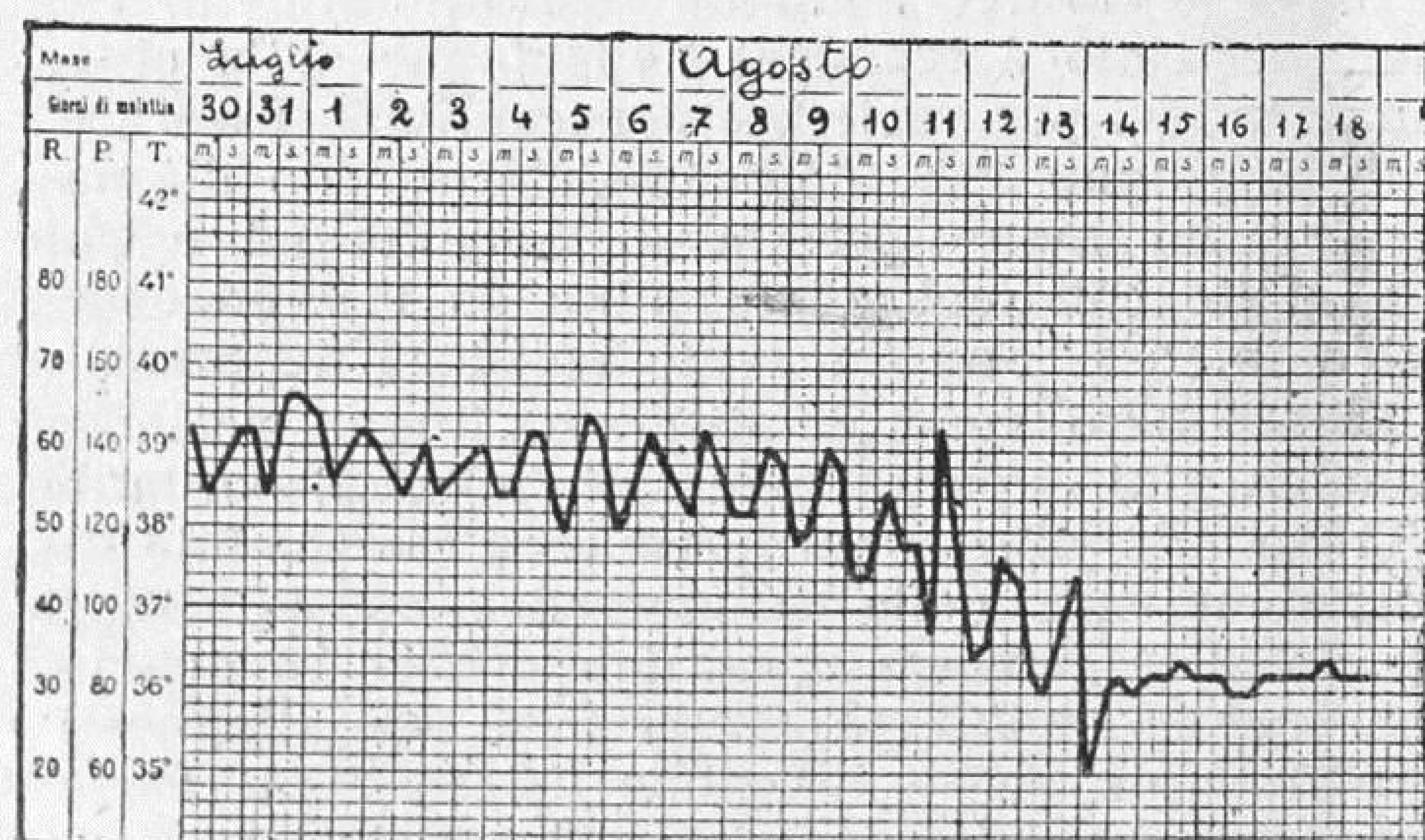


IX giornata — XXI giornata emocultura

Grafica 1.

Il 12 luglio sfebbra e viene dimesso dall'Ospedale il 17.

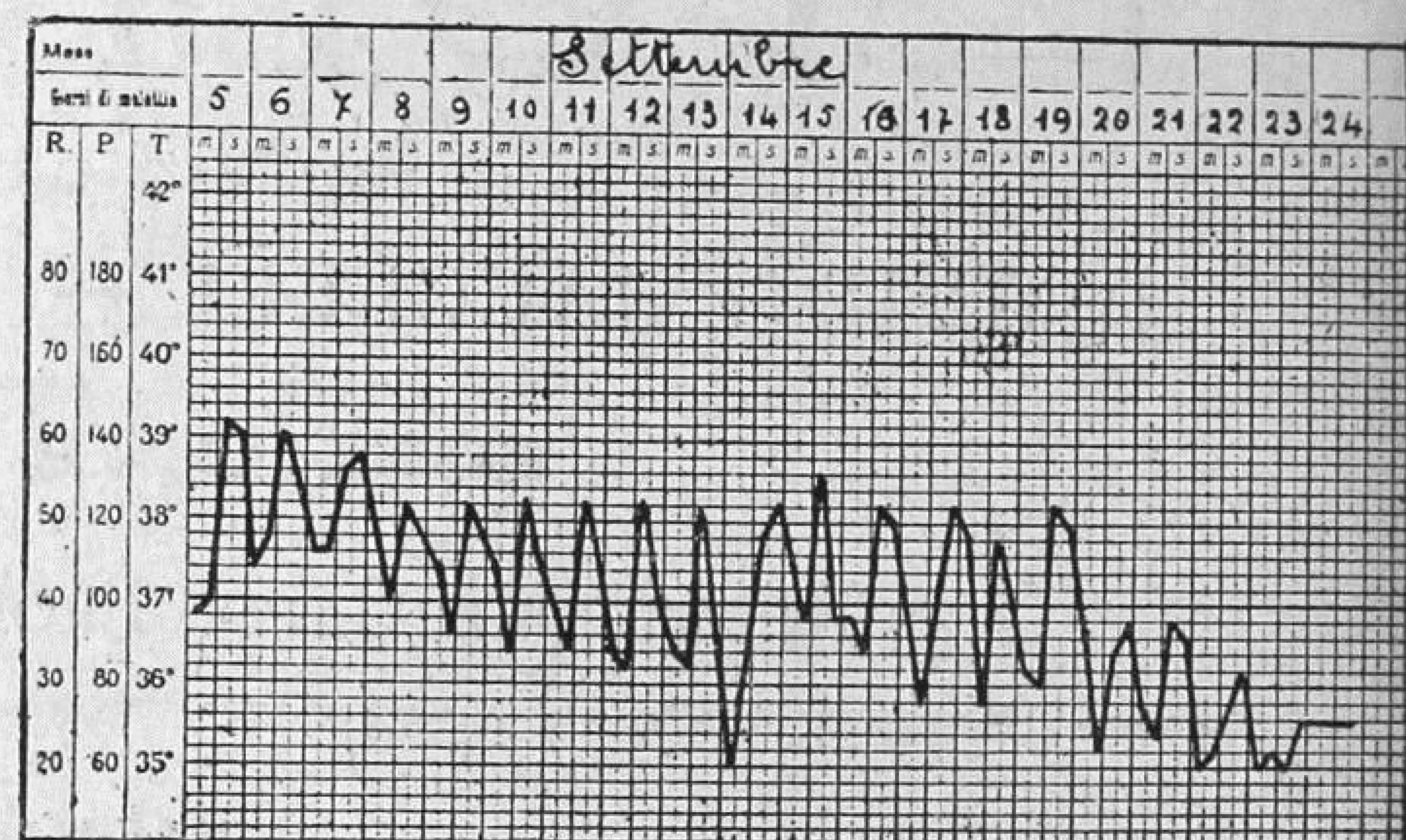
Il 26 luglio, in pieno benessere, è nuovamente colpito improvvisamente da febbre con brivido ed il decorso della malattia è pressochè uguale al precedente fino al 13 agosto. Il 6 agosto fu eseguita la sierodiagnosi per tifo, paratifi e melitense, con resultato negativo.



III giornata

Grafica 2.

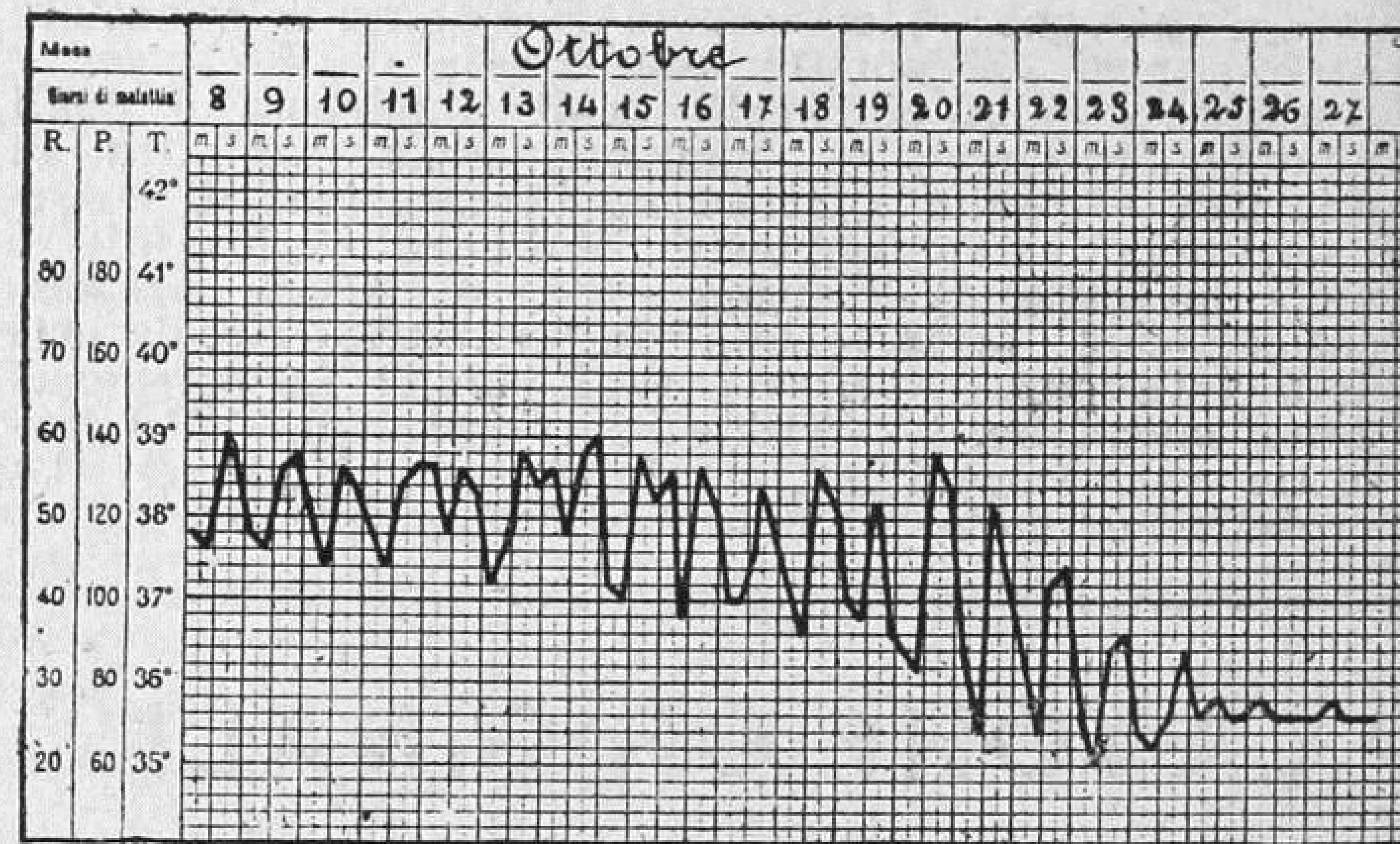
Il 2 settembre ricompare la febbre con un decorso più grave di quella dei periodi precedenti



Grafica 3. I II III IV Iniez. vaccino Bruschettini

e questa volta vi è comparsa di roseole; in questo periodo, mentre già la febbre sta per scomparire, viene praticata vaccinazione con vaccino antitifico Bruschettini ed il 21 settembre il P. sfebbra.

Ma l'8 ottobre si ha ricomparsa di febbre sia pure a decorso più mite. In questo periodo, e proprio il 13 ottobre, viene da me praticata una emocultura e vengono raccolte le urine con ca-



Emocultura — Inizio dell'autovaccinazione

Grafica 4.

tetere, cominciando a sospettare, per il decorso strano, altra infezione.

Dalle urine furono eseguite culture che rimasero sterili; e venne fatta iniezione ad animali di laboratorio; tutte queste ricerche non dettero alcun resultato meno l'emocultura che invece fu positiva per un microbio che per le proprietà morfologiche, culturali e sierologiche fu identificato per un bacillo tifico; con tale stipite allestii l'autovaccino col quale fu dominata la infezione. Il caso ora descritto si presta a delle considerazioni prima di ogni altro, di ordine clinico.

Il dicrotismo del polso ed il tumore di milza, nel primo periodo, non possono da soli essere sufficienti a farci fare diagnosi di tifo, tanto più che le ricerche di laboratorio sono negative, ad eccezione della leucopenia, però sono sufficienti per farci sostenere che si sia trattato di un processo infettivo. Non sarebbe da escludere, per esempio, la possibilità che si sia trattato, nei

primi periodi, di una infezione in cui gran parte abbia avuto il Colibacillo a virulenza aumentata e solo secondariamente, in un individuo così minorato, abbia potuto attecchire il bacillo tifico.

Le curve febbrili dei vari periodi però, che quasi si equivalgono, ci fanno sostenere l'ipotesi che si sia trattato di una unica infezione Eberthiana, e più propriamente che il malato abbia avuto una reinfezione tifosa endogena.

Il bacillo tifico infatti può restare albergato in alcuni organi (fegato, milza, midollo osseo) e fintanto che non si è consolidata l'immunità, può, in determinati momenti, ripassare in circolo. Sono infatti note le ricadute e le affezioni ossee che con questo meccanismo, avvengono a distanza di anni.

L'andamento bizzarro può trovare riscontro nel cosidetto « genio epidemico » del tifo; ai clinici è noto infatti che vi sono periodi di anni in cui vi è predominanza di complicanze polmonari, mentre in altri ancora, come nel 1926, vi sono molti casi di tifo a decorso anomalo. Ma nel paziente oltre al « genio epidemico » c'è da invocare un altro fattore importante qual'è quello del mestiere che il P. esercitava e che lo aveva costretto a rimanere vario tempo nelle fogne, mentre questo non era il lavoro suo abituale.

Molte osservazioni sia cliniche che sperimentali sono state fatte sui rapporti fra inalazioni di gas putridi e malattie, e non credo inutile riassumere quanto su questo argomento si conosce

È noto anzitutto il rapporto che esiste fra apparecchio respiratorio e tubo gastro enterico, e come numerose siano le osservazioni cliniche e sperimentali fatte precedentemente da diversi AA.

Searle (citato da Di Mattei, 1896) narra come, in seguito a svuotamento di una fogna, il cui liquame fu disseminato in un giardino sottostante ad un convitto, in Londra, potè osservare, dopo alcuni giorni, una vera epidemia di « colera nostras » fra gli scolari.

Sperimentalmente poi Puntoni (*Pol.*, Sez. med., 1914) ha osservato che animali sottoposti ad inalazioni di gas putridi possono presentare lesioni polmonari di natura congestizia ed alterazioni intestinali; (nei topolini infatti ha notato disepitelizzazione del tenue e dei piccoli bronchi).

Roger e Garnier (citato da Castellana e Brancati: *Boll. Sier. Mil.*, 1927) hanno osservato l'aumento di tossicità del contenuto intestinale in seguito ad inalazioni di materiali putrefatti, per quanto, in tali casi, non sappiamo quanto debba esser dovuto al contenuto intestinale in sè e per sè, e quanto all'aumento di virulenza dei germi in esso contenuti ed in special modo del Colibacillo.

Esiste peraltro, per quel che riguarda sostanze gassose, uno scambio inverso ossia fra intestino ed apparecchio respiratorio.

Sanarelli e Biffi (*Ann. Ig.*, 1902) hanno dimostrato che le sostanze volatili, organiche ed inorganiche, presenti nel tubo digestivo, possono venire eliminate per la superficie polmonare. Questa eliminazione non sembra disciplinata da alcuna regola fissa, ma si effettua ogni volta che si verificano, nell'intestino, abnormi produzioni di sostanze volatili o gassose.

È poi da osservare che lo scambio fra superficie polmonare (assorbente) ed apparecchio gastro enterico (eliminante) non si limita solo alle sostanze volatili, ma anche alle particelle solide che vanno considerate nella loro qualità di sostanze colloidali.

Sanarelli, per primo, e poi la sua scuola, hanno dimostrato come i microbi, possono penetrare nell'organismo attraverso la superficie respiratoria e venire eliminati per l'intestino.

È ovvio che, perchè questo avvenga, i microbi devono essere veicolati dai tessuti liquidi quali il sangue e la linfa, ed in siffatto modo devono venire a trovarsi a contatto delle sostanze colloidali e degli elettroliti che formano l'organismo animale.

Viene quindi logica la deduzione che se nei colloidi dell'organismo sono avvenute delle modificazioni, di esse ne risentiranno sia i microbi che le reazioni sierologiche che si accompagnano alla loro introduzione.

Sono peraltro ben note le modificazioni che possono essere apportate alle reazioni ed ai colloidi dagli agenti fisici e fisicochimici.

Rimanendo per ora nell'argomento dei gas, vediamo nella letteratura, anche remota, molte osservazioni sulla influenza che i gas (specie gas di fogna) inalati, hanno rispetto alle varie malattie ed in special modo rispetto a quelle intestinali.

Il Thompson (citato da Di Mattei) infatti accenna che, fra gli operai addetti alla preparazione dei fosfati, destinati a scopo agricolo, per la quale è necessario il maneggio di sostanze puzzolenti e melmose delle fogne vide svilupparsi gravi epidemie di polmoniti.

Il Kirchner poi al congresso della Società Tedesca d'Igiene pubblica, tenuto a Stuttgart nel 1895 si espresse dicendo:

« È ben vero che le nostre attuali conoscenze sulla natura degli agenti infettivi non ci permettono di ammettere la diffusione delle malattie epidemiche, specialmente del tifo, del colera, della difterite, per mezzo dei gas delle fogne. Ma è bensì anche vero che quando questi gas vengono respirati per lungo tempo, esercitano sull'organismo un'influenza tossica delete-

ria che disturba i processi nutritivi, diminuisce la resistenza organica e dispone perciò all'attecchimento dei germi infettivi ».

Riguardo poi all'influenza sulle malattie intestinali, possiamo riandare prima di ogni altro alla teoria pitogenica del Murchinson che, come è noto, riteneva che i gas putridi fossero la causa diretta della febbre tifoide. Per quanto non si sia mai potuto dimostrare con certezza che per azione di gas putridi vi siano state insorgenze di febbri tifoidi, pure esistono molti argomenti che tendono a dimostrare lo stretto rapporto che esiste fra emanazioni putride ed insorgenza di febbre tifoide.

Deraltz nel 1888 comunicò alla « Società Med. degli Ospedali di Parigi » di aver osservato nelle persone colpite da febbre tifoide, solo perchè dormivano in prossimità di latrine.

Fernet (citato dal Di Mattei) ebbe ad osservare e seguire un'epidemia di tifo svoltasi in un collegio ove le educande, che in precedenza erano tutte in buona salute, ammalarono in seguito ad esalazioni putride che appestavano da otto giorni il collegio, in seguito allo svuotamento di una grande fogna sottostante.

Brouardel e Chantemesse riferiscono di aver osservato fatti analoghi in una caserma; Gielt narra di aver osservato altre epidemie di tifo in operai addetti alla rimozione di letame ed allo spandimento di esso nei campi; Eichorst accenna a gravi epidemie di tifo effettuatesi in seguito a pulizia di alcune cloache.

In favore di tutto quanto si è detto innanzi starebbe l'affermazione di alcuni autori Inglesi che attribuirono alla soppressione di esalazioni putride la grande diminuzione di mortalità per febbre tifoide osservata in seguito alla canalizzazione sotterranea nelle loro città. Essi aggiungono inoltre di non avere ottenuto lo stesso risultato in alcune città in cui, per ragioni speciali, i gas spesso refluivano nelle case.

Si può ammettere in base a queste osservazioni, che i gas possano direttamente provocare una febbre tifoide?

Io credo che questo possa avvenire solo indirettamente e che cioè i gas possano fare evolvere il tifo in un portatore di bacilli tifici oppure che possono predisporlo all'attecchimento del germe.

Questa ipotesi può essere avvalorata coi dati sperimentali ottenuti da vari ricercatori:

Alessi (*Ann. Ig.*, 1894) che ha fatto delle ricerche in proposito è stato condotto a deduzioni assai importanti per la mia tesi: egli infatti, dopo aver esposto vari gruppi di animali alla inalazione di gas di fogna, ha potuto notare che i gas putridi respirati, predispongono l'organismo animale all'azione di Bacillo tifico e di B. coli, anche se attenuati. Gli animali, peraltro, hanno maggior predisposizione nelle prime due settimane d'inalazione e questo collima col fatto che gli individui che respirano abitualmente aria di fogna o, comunque, corrotta, finiscono coll'abituarcisi e non sono poi colpiti da infezioni intestinali.

Questo, peraltro collima con la fase negativa che si ha nelle vaccinazioni, e ci può spiegare come il P. di cui ho riferito sopra, possa aver contratta l'infezione tifica nel periodo in cui il suo organismo, minorato dall'inspirazione dei gas putridi, presentava minor resistenza.

Il Ronzani (*Ann. Ig.*, 1908-1909), sperimentando col cloro, anidride solforosa, ipoazotide ed ammoniaca, ha potuto osservare una parziale perdita dell'immunità naturale e diminuzione dei poteri di difesa di cui dispongono i vari organismi per combattere le malattie infettive.

Anche Puntoni (*Ann. Ig.*, 1916) ha dimostrato che, nel 15 % delle sue esperienze, germi del gruppo tifo-paratifi rimasti nell'intestino, allo stato di latenza, possono risvegliarsi per azione di esalazioni putride.

Peraltro, anche Sanarelli (*Ann. Inst. Past.*, 1895) in seguito ad enterite provocata sperimentalmente è riuscito a far comparire vibrioni nelle feci di animali in cui prima era stato impossibile svelarli. Inoltre anche Zirolia (*Ig. Moderna*, 1910) ha potuto svelare vibrioni nelle feci di convalescenti di colera, in seguito a somministrazione di un purgante.

Ora è certo che il gas putrido apporta un complesso di perturbamenti più o meno profondi ed una alterazione generale funzionale di tutto l'organismo, nonchè dei colloidi che lo costituiscono, e quindi, le reazioni serologiche, che in fondo non sono che reazioni fra colloidi, devono risentire la sua influenza. Questo dato non è semplicemente teorico ma emerge da molte esperienze e per esempio il Ronzani ha potuto mettere in evidenza, in animali sottoposti all'azione di gas di fogna, alterazioni della composizione del sangue, nonchè diminuzione della produzione di sostanze battericide specifiche e nella produzione di agglutinine; questa constatazione è stata fatta anche del tutto recentemente da Castellana e Brancati. Questi ultimi autori hanno inoltre notato la possibilità d'infettare le cavie con dosi molto piccole di germi.

Tutto quanto avanti ho riassunto mi sembra che, per il caso dianzi descritto, possa servire di appoggio: noi potremmo benissimo pensare che la permanenza del P. per solo poco tempo in una cloaca lo abbia predisposto all'attecchimento del bacillo tifico e questo sia che egli ne sia stato portatore, sia che egli abbia introdotto a

breve scadenza, in qualunque modo, anche contaminandosi direttamente dalla cloaca, il Bacillo tifico.

Riguardo alle prove di laboratorio indirizzate a svelare la presenza del germe nell'organismo, diremo che la sierodiagnosi mantenutasi negativa sia nel 16° giorno del primo periodo, che nel terzo periodo, deve trovare spiegazione nello stato umorale del paziente, influenzato probabilmente dall'inalazione dei gas.

La negatività della prima emocultura può invece essere spiegata col fatto che è stata eseguita in 21ª giornata ed è noto come essa tanto più fallisca, quanto più ad essa ci si rivolga a distanza dall'inizio dell'infezione.

Nella 4ª ripresa si è ritentata l'emocultura che, come ho detto, ha dato risultato positivo; ora, siccome nel 3° periodo era stata praticata la vaccinazione con vaccino Bruschettini, viene logica la supposizione che il vaccino abbia stimolato l'entrata in circolo del Bacillo tifico.

Non è certo facile poterlo affermare ma, un'altra osservazione occorsami, a poca distanza di tempo, mi fa propendere per questa ipotesi.

In un P. affetto da febbre accompagnata da sintomi che fecero sospettare nel medico curante una malattia infettiva, ebbi a fare una emocultura, in mezzi aerobi ed anaerobi, che, seguita per quindici giorni, diede risultato negativo.

Avendo consigliato di ripetere la emocultura, mi fu inviato un nuovo campione di sangue prelevato al paziente che, nel frattempo, ed anche ventiquattr'ore prima di questo prelevamento, aveva praticate delle iniezioni di proteine eterogenee. Da questa emocultura mi fu possibile isolare una *Brucella Melitensis*. Questo fatto dunque starebbe in appoggio sia a quanto ho supposto nel caso in questione, sia a quanto Puntoni scriveva nel suo lavoro (*Policl.*, Sez. med., 1914) a proposito dell'influenza di esalazioni putride: « ... che quando con la nostra tecnica non si riesce a svelare in un dato mezzo, un microbio, non si è per questo autorizzati a concludere per la sua assenza; al contrario esso può trovarvisi in uno stato di trasformazione o di latenza, ed è possibile, sotto l'influenza di speciali cause, il suo ritorno alla forma primitiva ».

Peraltro è noto come per svelare il parassita malarico latente possa servire la iniezione di adrenalina o di stricnina o anche il solo bagno freddo, come d'altro canto, la iniezione di proteine o di un antiluetico serve per la riattivazione della R. W.

CONCLUSIONI.

1) Il gas di fogna, inalato, irrita l'apparecchio respiratorio e contemporaneamente l'intestino; esiste insomma una stretta relazione fra albero respiratorio ed intestino e viceversa tanto che si è spinti quasi a pensare che questo possa essere in relazione colla origine di essi dallo stesso foglietto embrionale;

2) Il gas di fogna può far variare lo stato umorale e quindi anche inibire le reazioni serologiche;

3) Il microbio che non può svelarsi colla comune emocultura, può mettersi in evidenza in successiva emocultura, quando la si faccia precedere da iniezione di proteine od altre sostanze varie.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Raccolta idroaerea endopolmonare cistica spontanea con permanenza di scheggia metallica.

ERMENEGILDO BASSO, ten. colonello medico.

La sintomatologia che accompagna la permanenza dei proiettili o delle scheggie di essi, nel parenchima polmonare è varia per molte ragioni, e specialmente secondo che la si consideri immediata o a distanza.

Sotto questo punto di vista è interessante illustrare il seguente caso, che fa parte delle sindromi, diremo lontane, e che presenta un esito eccezionale.

S... G... B... soldato del 1° Regg. Alpini « Mondovì ».

Il 20 giugno 1917 sul M. Ortigara veniva ferito da scheggia di granata all'emitorace destro. Ebbe espettorazione sanguigna per circa otto mesi.

Il 7 maggio 1919 veniva riformato.

In seguito, attraverso diversi collegi medici, veniva sempre riconosciuto affetto da postumi di pleurite traumatica con presenza di scheggia metallica endopolmonare.

Il 2 febbraio c. a., a distanza cioè di nove anni dall'incidente di guerra, viene nuovamente sotto la nostra osservazione.

Individuo di costituzione originaria discreta, in stato di buona nutrizione: peso Kg. 53.

In corrispondenza 7° costa d. sulla paravertebrale presenta piccola cicatrice rotondeggiante, infossata, in parte lievemente aderente, bene consolidata da f. a. f. (foro d'entrata di scheggia di granata).

All'esame riscontrasi leggera ipofonesi paravertebrale presso l'angolo della scapola; f. v. t. leggermente aumentato in detta regione. All'ascoltazione: respiro aspro diffuso con qualche incostante crepitazione inspiratoria anteriormente alla base dell'emitorace d.

Gli accertamenti diagnostici per la tubercolosi polmonare hanno dato risultato negativo: cutireazione, espettorato.

L'esame degli altri organi ed apparati pure negativo. Urine neg.

Radioscopia. — « Presenza di scheggia metallica grande quanto una moneta da cinque cente-

simi endopolmonare sulla base del torace d. in corrispondenza del gruppo inferiore delle ghiandole ilari. Escursioni diaframmatiche ridotte a d. per aderenze lievi costo-freniche.

La scheggia appare al fondo di una zona chiara a forma ovalare della grandezza di un uovo di tacchino circondata da cercine oscuro. Alla base di detta zona notasi anche leggera quantità di liquido ben mobile.

Segni di frattura della 7ª e 8ª costa di destra, con callo osseo che riunisce le due coste ».

Così che in posizione *eretta* si nota un'area più chiara del rimanente campo polmonare circondata da linee scure intense. L'area ha aspetto grossolanamente ovoidale e si vede contenere nella parte più declive un nucleo denso di opacità, che è facile identificare come un frammento metallico, che si muove con gli atti respiratori secondo le fisiologiche variazioni di posizione, che assumono i corpi endopolmonari. Al di sopra della opacità metallica si nota un'altra opacità più tenue, che si livella perfettamente orizzontale, che è intensamente mobile non solo con l'atteggiamento del tronco, ma anche con movimenti di succussione, che sieno impressi al torace. Al di sopra di questa ombra livellantesi e mobilissima si vede che la rimanente area inclusa nella zona demarcata, come è detto, appare ben chiara

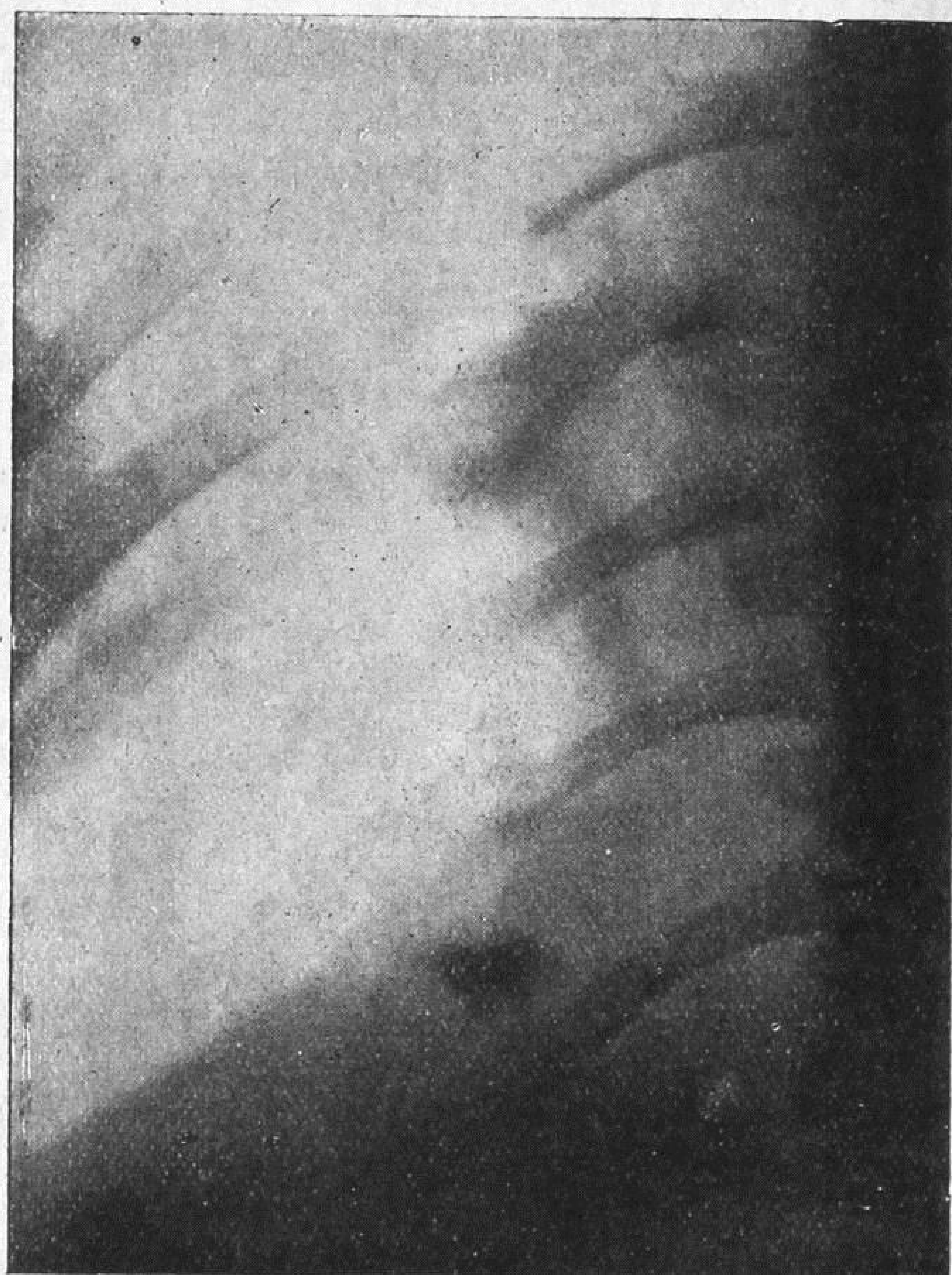


FIG. 1 — Soggetto in piedi.



FIG. 2 — Soggetto coricato.

Nella posizione *orizzontale* l'ombra metallica guadagna pressochè il centro della zona areolare ed appare sotto altro profilo, l'ombra mobile scompare diffondendosi su tutta l'area di detta zona, e non sarebbe possibile sospettarne in tale posizione l'esistenza. Il reperto radiologico del rimanente ambito toracico non presenta nulla di significativo ».

Diagnosi. — esiti di f. a. f. all'emitorace d. rappresentati da segni di frattura della 7ª e 8ª costa, lievi ispessimenti pleurici basali, permanenza di scheggia metallica nel parenchima polmonare con presenza di liquido e di gas incistati (raccolta idroaerea saccata).

Esente da attività polmonare tbc.

*
* *

Questa storia si presta ad alcune considerazioni non prive di interesse.

Come vediamo talvolta verificarsi per certe sostanze medicamentose depositate per mezzo delle iniezioni nei muscoli, le quali o per il loro stato fisico, o del veicolo in cui vengono somministrate, provocano delle reazioni locali, che ne ostacolano l'assorbimento, e magari l'impediscono addirittura, formandosi attorno alla massa iniettata una cisti, che col tempo si circonda di tessuo fibroso, così vediamo accadere di un corpo estraneo, e in questo caso di un proiettile, che si deposita tra i tessuti.

Ma ciò che maggiormente interessa, è che il fenomeno si verifica anche se questi tessuti per la stessa loro struttura sembrino i meni adatti per compiere tale lavoro reattivo.

Del resto abbiamo già imparato a vedere e ad apprendere come il parenchima polmonare si comporti in questo modo, e sappia compiere questa opera di difesa organica.

Nei casi delle comuni caverne polmonari dobbiamo in definitiva ammettere che esse altro non rappresentino che questo potere difensivo, che

si manifesta con la formazione di un cercine reattivo attorno al processo distruttivo del parenchima.

Come avvenga questo fenomeno è facile organicamente a dirsi, mentre non è altrettanto facile a stabilire perchè non sempre avvenga.

Condizioni regionali circolatorie, linfatiche e di meccanica respiratoria agiscono evidentemente e in maniera favorevole, al processo reattivo che deve costituire questa barriera.

Nella lunga esperienza sugli esiti delle ferite da arma da fuoco del torace e delle loro conseguenze, anche a distanza di tempo, abbiamo potuto vedere come sia facile la permanenza di scheggia o di sabbia metallica nel parenchima polmonare, senza che esse si siano per niente mosse o abbiano dato disturbi; e ciò che più importa, non abbiamo reso l'individuo colpito più valitudinario all'attecchimento di malattia polmonare, di quanto già fosse per sua natura.

Abbiamo visto proiettili interi di fucile permanervi senza danno.

Il polmone sembra dei visceri dell'economia uno dei più atti a sviluppare processi reattivi demarcanti e incistanti non soltanto su corpi estranei sprovvisti di ogni azione settica e di ogni effetto chimico, ma anche e sopratutto di fronte a processi che modificano localmente la compagine dei tessuto polmonare stesso. La tubercolosi cronica le diverse micosi polmonari sono esempi notissimi della capacità polmonare fibroplastica o sclerogena contro processi profondamente intaccanti la struttura del tessuto.

È appena immaginabile l'estensione e la densità delle sclerosi, che il connettivo polmonare è capace di opporre a un processo infettivo, per poco che decorra con lentezza sufficiente a dargli tempo di mettere in opera la sua funzione « produttiva ».

Sono del pari ben note le intense reazioni connettivali, così caratteristiche dei processi ascessuali polmonari, delle cisti da echinococco e delle lesioni pleuriche o pleurocorticali scissurali. Ma anche di fronte a corpi che abbiano un'azione irritante di modico grado, se non pure una semplice azione di presenza, quali sono le polveri inerti e insolubili, le reazioni connettivali sono pronte e manifeste, e molte volte spesso intensissime, sia nel campo ghiandolare, dove codeste polveri finiscono per essere convogliate, sia negli spazi linfatici endopolmonari dove, primamente attraversato l'epitelio, si annidano. Sono le sclerosi diffuse o sistematizzate dovute a pneumoconiosi. I corpi estranei, come i proiettile e loro frammenti, insomma tutti i frammenti metallici, che rimangono innicchiati nel tessuto polmonare si direbbero meno capaci di suscitare una reazione connettivale almeno duratura e sclerogena, nel polmone. Raramente si vede infatti che il proiettile o il frammento sia circondato da zone opache alla schioscopia o che sia compreso in grossi banchi connettivali all'esame anatomico diretto.

Si direbbe che le particelle metalliche abbiano una azione irritante di gran lunga minore che i processi infiammatori cronici tubercolari e micotici, come ovvio appare; e che agiscano sul sistema linfoconnettivovascolare del polmone in modo assai modesto, se non suscitano una sensibile neoproduzione reattiva.

La scarsa attacabilità del metallo per i succhi organici, la scarsezza di contaminazione microbica dei proiettili delle armi moderne, che penetrino con velocità sufficiente senza introdurre brandelli di abito, possono spiegare il fenomeno.

Il fatto si accorda con l'altro, ormai abbastanza riscontrato ed accettato, della relativa benignita delle ferite da arma da fuoco del polmone e della scarsa percentuale di esiti gravi.

La relativa esclusione di detti proiettili dal contatto con i tessuti polmonari vivi e con le vie linfatiche apparrebbe inducibile dalla scarsissima percentuale di localizzazioni sul tessuto leso di processi settici generali e locali, che parvero sulle prime dopo la guerra di dovere preannunziare.

Si può dire in pratica che il proiettile endopolmonare agisce come un corpo estraneo inerte non diversamente da quanto accade, quando sia indovato in tessuti meno nobili, meno ricchi di tessuto linfatico e vascolare e nei quali come per es. nei muscoli la massa appare indifferenziata e avente eguale funzione e dignità istologica.

Il polmone ospita codesti corpi estranei metallici senza che nè il connettivo vascolare, nè il sistema tubulare o aerifero si modifichino in modo sensibile della loro presenza nè anatomicamente e, a vero dire, neppure fisiologicamente. Ciò indipendentemente dalle vicende stesse alle volte gravi dei primi tempi della ferita e delle complicanze immediate che ne sogliono derivare, come versamenti pleurici processi broncopolmonari per lo più dovuti a fatti di emorragia interna, che con certa frequenza si incontrano, e che in un grandissimo numero di casi passano a buon esito in tempo più o meno breve.

*
* *

Il caso che noi illustriamo rappresenta invece una forma di esito non comune, e diremo eccezionale, dapoichè ci mette dinanzi un fatto in cui la permanenza della scheggia del proiettile determina una reazione organica spiegata fino al punto da provocare la comparsa di un liquido reattivo non solo da parte della pleura, ma da intaccare l'integrità del parenchima, fino a sco-

prire le ramificazioni bronchiolari e al conseguente parziale *pneumotorace* cistico.

E tutto questo senza fenomeni reattivi generali e senza determinarsi flogosi acute violente. Ciò che non può comprendersi in altro modo che invocando la graduale e tempestiva barriera difensiva sotto forma di cercine cistico di cui la radiografia ci offre una chiara immagine.

Che cose deve essere successo della ferita ricevuta dal nostro soggetto in primo tempo?

Il proiettile ha lentamente prodotto una escavazione contenente aria e gas, questa escavazione pare essere nel profondo della massa polmonare una raccolta incistata posteriore, indipendente dalla parete, mobile con gli atti respiratori. Una sacca parenchimale adunque, che contiene liquido, gas e scheggia insieme.

La possibilità che per processi polmonari anche endogeni e tub. si formino dei pneumotoraci circoscritti e saccati che vanno spesso confusi con caverne polmonari è stata riconosciuta e studiata, e fra noi anche dall'Alessandrini di Roma. Ma nel nostro caso non si può parlare di lesione che abbia sede pleurica o pleurocorticale. La figura radiologica e il reperto fisico molto modesto e poco specifico non si prestano a queste interpretazioni.

È più ragionevole indurre che il proiettile, penetrato nel parenchima, abbia dato luogo a fatti distruttivi diretti o indiretti, immediati o mediati usurando anche il sistema polmonare aerifero, senza produrre pertanto un processo infettivo neppure locale.

Si direbbe che si è formata una caverna senza contenuto purulento e senza apparente comunicazione con grosse vie aeree.

La storia dice che il soggetto emise sangue per dieci mesi circa.

Anche a non volere dare importanza numerica a codesti dieci mesi di espettorazione ematica, si può ammettere che per un tempo molto lungo il soggetto abbia emesso espettorati ematici.

Il fatto concorda con questa interpretazione che dopo la ferita si siano avuti processi distruttivi di tipo benigno e di lunga durata, tali tuttavia da non determinare un ascesso polmonare vero e proprio. A ciò si oppone e la mutezza della storia e la sindrome radiologica e forse anche fisica.

Ci sono delle forme ascessuali, in cui la storia è tutt'altro che esplicita nei riguardi della esistenza di un processo suppurativo polmonare. Si notano alcune volte delle forme ascessuali in cui tutto tace fino al momento di palesamento della raccolta, che si protrae solitamente da lungo tempo.

In questi casi la frequenza di fatti emottoici recidivanti scarsi o abbondanti e delle volte perfino imponenti sono, una manifestazione molto significativa. Ma la sindrome d'ascesso o di raccolta purulenta che si svuota per le vie aeree, come grosse masse di essudato mucopurulento a caratteri vari in tali casi non manca mai.

Potrà a lungo andare rimanere latente un ascesso polmonare, ma il pericolo di palesamento sufficientemente chiaro non manca pressochè mai se il malato sopravvive.

Il reperto fisico precoce o tardivo può più o meno oscurarsi non così tuttavia che non residui una notevole ipofonesi con intensa variazione del fremito ed altri esponenti di addensamento polmonare o pleuropolmonare di una certa entità. A volte però i reperti fisici sono meno adeguati quando il focolaio di addensamento sia molto profondo nel tessuto polmonare.

Ma quello che non si concilia con l'ipotesi dell'ascesso polmonare quale abitualmente lo si considera è la scarsa opacità polmonare residuale, che per lo più si associa ai vecchi ascessi polmonari i quali non sogliono apparire contenenti liquido così mobile e facilmente spostabile e livellabile, come è nel caso nostro.

Forma quindi di rarefazione polmonare in relazione al sistema aerifero avvenuta lentamente si, ascesso no..

Sorride molto al pensiero l'ipotesi che la forma distruttiva siasi formata in modo meccanico, cioè in seguito a formazione di una emorragia intrapolmonare, non subito evacuata attraverso le vie aeree, o recidivata per opera della scheggia. Certo la speciale capacità lesiva di una scheggia di granata fatta di metallo di notevole durezza e a margini taglienti può avere la sua ragione di essere chiamata in causa. Il polmone che ospita una scheggia metallica tagliente può essere ripetutamente maltrattato, come non è ammissibile quando si tratti di un nucleo metallico ottuso o a margini non acuti. La ripetizione di offese al parenchima polmonare, dovute alla irregolarità del margine della scheggia, potrebbero giustificare e il lungo periodo di emissioni emorragiche per l'espettorato e la formazione asettica di una zona di rarefazione di una discreta grandezza comunicante con la via aerea, che non dette luogo a fatti funzionali di sorta.

Solo pensando che in primo tempo si sia avuta una abbondante emorragia che sia rimasta in gran parte trattenuta nel parenchima polmonare, offrendo alla scheggia la possibilità di muoversi ed evitando che fosse fissata e localizzata dal connettivo, si può comprendere la sua attuale posizione in una cavità idroaerea in perfetta libertà o quasi.

Eventualità adunque perfettamente eccezionale nella quale possono essere intervenuti fattori dei più vari, la cui presenza sfugge dopo sì lungo

tempo passato dalla origine della lesione, la quale per giunta ha sempre mancato di caratteri ben distinti.

E l'interpretazione di tali casi rimane sempre sensibilmente ipotetica per il fatto che la casistica di esiti di questo genere è straordinariamente scarsa se non pure assolutamente muta.

Questa è l'importanza della segnalazione di questi casi che mettono un fatto nuovo nella statistica e nella casistica delle lesioni polmonari di guerra.

Ecco insomma un caso in cui un soggetto può portare, inoffensivamente una raccolta idroaerea endopolmonare da scheggia metallica ritenuta nella raccolta, con una sintomatologia tuttavia quasi esclusivamente radiologica.

Un caso di ferita polmonare senza complicanze? Questo è uno dei casi più singolari.

Dobbiamo pensare che complicazioni siano avvenute nel caso nostro, se abbiamo un esito patente di distruzione polmonare; ma dobbiamo, in pari tempo, ritenere che s'è trattato di un processo muto senza reattività flogogena.

Questo caso contribuisce a dimostrare prima di tutto:

La tolleranza del polmone verso i corpi estranei; e in secondo luogo, tenuto conto della distanza di tempo dal momento della penetrazione del proiettile,

che questo non darà neanche in seguito manifestazioni morbose.

Ciò che è di notevole importanza dal lato delle valutazioni medico-legali, e della invalidità di guerra.

La dibattuta questione se un polmone ferito, o portatore di proiettili, sia meno resistente ad eventuali malattie infettive, e specialmente alla tubercolosi polmonare è stata risolta dalla esperienza della guerra sull'esame di un larghissimo materiale che da quasi dieci anni sfila sotto la osservazione clinica delle Commissioni Mediche Specializzate, completata dagli esami di laboratorio e dai rilievi radiologici.

Può in definitiva affermarsi che, contrariamente a quanto alcuni tisiologi ritenevano della massima importanza, la presenza di proiettili endopolmonari non rappresenta affatto una causa predisponente alle localizzazioni specifiche e che tale concomitanza morbosa è di eccessiva rarità.

Il radiologo è meravigliato, scrive V. Maragliano 1), nel constatare come nella grande maggioranza dei casi i corpi stranieri permangono nel tessuto polmonare senza dar luogo a fenomeni reattivi constatabili radiologicamente e cioè senza addensamento, senza strie di sclerosi, senza focolai di atelectasia e di enfisema.

(1) *La Radiodiagnostica dell'apparato respiratorio* 1926.

OSPEDALE CIVILE DI OLIVETO CITRA (SALERNO).

Un caso di ascesso polmonare in seguito a sepsi puerperale.

Prof. dott. DOMENICO CLEMENTE.

Ho osservato nei primi mesi di quest'anno un caso di sepsi puerperale, che dette origine ad embolia e poi ad ascesso polmonare, e credo interessante riferirne alquanto diffusamente la storia.

I. Rosina, di anni 29, da Oliveto Citra. Niente di notevole nell'anamnesi familiare ed in quella personale remota. Maritata da 4 anni: 1° parto 3 anni fa, febbre in travaglio, parto operativo (forcipe) per inerzia uterina, feto vivo, puerperio febbrile per endometrite settica. Si riesce a vincere l'infezione con iniezioni di yatrèn-caseina, trifenil e soluzione oleosa di trementina al 20 %.

Seconda gravidanza normale; parto il 29 gennaio 1927, spontaneo, feto vivo.

Prima chiamata al letto dell'inferma il 7 febbraio: la donna riferisce di aver avuto febbre leggiera fin dai primi giorni di puerperio; narra che il parto fu rapido, ma che il secondamento fu stentato e che vi furono manovre da parte della levatrice. Non ha chiamato prima il medico, perchè non ha avuto disturbi notevoli fino ad oggi, in cui dopo lungo, forte brivido è stata colpita da febbre alta.

Osservazione (10ª giornata di puerperio): temp. 40°,6; polsi 120. L'inferma si lamenta di intensa cefalea e di diarrea profusa. Lingua umida. Apparato respiratorio normale. Apparato genitale: utero all'altezza della metà della linea ombelico-pubica, lochii sierosi, putridi. Al riscontro l'utero è dolente e vi è pure dolenzia in corrispondenza del parametrio sinistro, che è alquanto infiltrato. Non si notano escare ai genitali esterni, nè sul collo uterino.

Ghiaccio sul ventre, segale per os, alimentazione nutriente (si sospende il latte per la diarrea), enteroclisi tanniche, iniezioni ipodermiche di trifenil. Nei due giorni consecutivi, 8 e 9 febbraio, persistendo i lochii putridi, si praticano, oltre le altre cure, sotto mite pressione 2 lavande endouterine colla sonda di Doléris con una soluzione molto diluita di permanganato di potassio.

Le condizioni generali migliorano rapidamente, la temperatura scende fino ad un massimo di 38°, la diarrea finisce; soltanto il polso continua a mantenersi molto frequente.

Il 14 febbraio, la febbre si eleva nuovamente fino a 39°,5 dopo un lungo brivido e compare un forte dolore puntorio al lato sinistro del torace, accompagnato da una tosse stizzosa, aspra, senza escreato, e da dispnea. Nei giorni seguenti, mentre la temperatura si mantiene alta, l'inferma comincia ad emettere espettorato prima nettamente sanguigno, poi di sangue rosso-scuro misto a muco, poi a volte emetico, a volte muco-purulento.

All'esame del torace si nota fin dal 14 febbraio, ottusità notevole alla percussione in corrispondenza delle regioni sottoscapolare e sotto ascellare sinistra e all'ascoltazione rumore di sfregamento pleurico e rari rantoli sub crepitanti. A destra e posteriormente si notano pure qua e là

dei rantoli sub-crepitanti. Si fanno eseguire sul torace delle pennellazioni con unguento al mesotane per calmare l'intenso dolore, si prescrivono dei sedativi per la tosse, si praticano iniezioni di yatrèn-caseina e di soluzione oleosa di trementina e si raccomanda all'ammalata una immobilità assoluta.

Nelle settimane successive fino al 12 marzo il dolore e la dispnea vanno gradatamente mitigandosi e la temperatura va regolarmente diminuendo fino a ridursi solo ad un lieve movimento sub-febbrile serotino (37°,5); l'espettorato è muco-purulento e la zona di ottusità va limitandosi. Un nuovo esame genitale eseguito il 27 febbraio dà per reperto: utero in retroverso-flessione aumentato di volume, ma non eccedente lo stretto superiore del bacino; persiste la dolenzia e l'infiltrazione del parametrio sinistro.

Il 12 marzo improvvisamente si ha di nuovo forte dolore all'emitorace sinistro e si ha una vera e propria emottisi copiosa di sangue fluido; temperatura 38°,1. All'esame del torace si nota una larga zona di ottusità posteriormente e a sinistra, che s'inizia al disopra dell'angolo della scapola, giunge fino alla base polmonare e si estende in avanti lungo la regione sottoascellare fino a toccare il limite inferiore della regione mammaria. Il fremito toraco-vocale è abolito, all'ascoltazione si nota respiro indistinto; al disopra della zona di ottusità si odono rantoli oscuri. Nell'emitorace destro vi è ipofonesi nella regione sottospinosa e si ascoltano disseminati rantoli crepitanti.

Questa volta, data l'abbondanza dell'emoftoe, si somministra del cloruro di calcio, della gelatina e dell'oppio per la tosse insistente e penosa. Il 15 marzo nuova emoftoe, meno rilevante. In seguito finisce l'escreato sanguigno, la temperatura diventa più elevata e l'espettorato diviene copioso e chiaramente purulento, con grossi zaffi irregolari di forma, di colore grigio-giallastro, che cadono al fondo del bicchiere, ove si forma la stratificazione caratteristica. La quantità di espettorato, emessa nelle 24 ore è rilevante, fino ad oltre 500 cmc. L'esame del bacillo di Koch è negativo. Compaiono nella zona polmonare, colpita dall'infarto, segni fisici cavitarii in alcuni punti (rantoli consonanti ecc.). Si instituisce una cura di inalazioni di olio di trementina e tintura di benzoino, oltre agli espettoranti, alle iniezioni di olio guaiacolato canforato, a preparati ricostituenti e ad un'alimentazione abbondante. Si ha un progressivo miglioramento nelle 4 settimane seguenti: la temperatura diminuisce progressivamente fino a scomparire del tutto il 7 aprile; l'espettorato si riduce nella quantità, pur mantenendosi purulento. Dei preparati di bromoformio hanno infine ragione anche dell'espettorato, che scompare il 20 aprile. Dei segni fisici non resta che una lieve ipofonesi alla base polmonare sinistra e l'inferma entra in definitiva convalescenza.

Come risulta dalla storia riportata, nell'inferma si sono verificate prima un'endometrite settica ed una flebite del parametrio sinistro, che hanno dato poi origine a successive « poussées » di embolia polmonare con formazione di un voluminoso infarto nel lobo inferiore sinistro e pleurite concomitante. L'infarto ha subìto infine, dopo l'ultima embolia massiva del 12 marzo, la fusione purulenta ed ha dato luogo ad un ascesso polmonare, che si è vuotato per i bronchi.

***

Ho voluto esporre il caso sia perchè l'ascesso polmonare costituisce un'eventualità non molto frequente, sia perchè dopo lunga, tenace lotta si è potuto raggiungere la fausta risoluzione di una gravissima complicanza di un violento processo settico puerperale.

Oliveto Citra (Salerno), maggio 1927.

NOTE E CONTRIBUTI.

È nocivo l'uso di alimenti conditi con aceto o con sugo di limone nelle cure di joduri alcalini?

del dott. LUIGI SETTIMJ (Roma).

La maggior parte dei medici quando prescrivono la cura di joduri alcalini (Sodio, Potassio, Litio e Rubidio) o di altre soluzioni alcaline come p. es.: il Liquore arsenicale del Fowler (soluzione alcalina di metarsenito di potassio), raccomandano al paziente di astenersi dall'uso di alimenti conditi con aceto o con agro di limone.

Risponde questa tassativa prescrizione ad una necessità fisiologica?

La natura acida o basica di un alimento non si deduce comunemente dalla reale acidità o alcalinità che esso presenta all'atto dell'ingestione, ma bensì dalla reazione che assumono dopo la loro completa ossidazione o come si dice in fisiologia dalla *reazione delle ceneri* (1) per cui essi possono imporre all'organismo la messa in opera

(1) RONDONI. *Biochimica*, Milano, pag. 330, 1925. Effettivamente non è la *reazione delle ceneri* che dà il carattere di acidità o alcalinità ad un elemento, giacchè con tale espressione tutti gli alimenti sarebbero di natura alcalina, presentando le ceneri di essi una *reazione attuale alcalina*, ma bensì il vero carattere di basicità o di acidità delle ceneri, rispetto alle funzioni biologiche, è dato dalla intima composizione e cioè dalla proporzione con cui sono contenute le basi alcaline o terrose-alcaline in confronto alla quantità e qualità degli acidi inorganici. Quando nelle ceneri di un alimento predominano basi combinate con acidi minerali (solforico, fosforico, cloridrico), si dicono *alimenti generatori di acidi*, mentre quando nelle ceneri di un alimento predominano le basi alcaline (Sodio, Potassio) o terrose-alcaline (Calcio, Magnesio) sotto forma di ossidi e di

dei meccanismi neutralizzanti o stabilizzanti (sostanze tamponi) per mantenere inalterata la riserva alcalina e l'acidità jonica del sangue e dei tessuti.

La ritenuta controindicazione, invalsa nell'uso comune come dogma, dell'aceto e dell'agro di limone nelle cure di joduri alcalini è dovuta principalmente al fatto che tali condimenti contenendo acidi organici liberi (acetico e citrico) si crede che ostacolino o neutralizzino l'azione dei joduri alcalini.

I migliori aceti di vino contengono da gr. 6 a gr. 8 (1) di acido acetico per 100 cmc.; per condire una porzione di verdura cotta o cruda, occorrono, al massimo, cmc. 4 di aceto, e ammettendo che questo contenga in media il 7 % di acido acetico libero, nella razione suddetta vi sarà presente gr. 0.28 di acido acetico.

Il sugo di limone, ha composizione alquanto variabile secondo la qualità e il grado di maturazione dei frutti, la stagione, lo stato di conservazione dell'agro stesso, ecc.; si può ritenere che esso contenga in media circa il 6 % di acido citrico libero.

Per condire una porzione normale di verdura cotta o cruda, occorrono, al massimo, cmc. 5 di agro di limone, ne deriva che l'ingestione di acido citrico libero con l'alimento può raggiungere la quota di gr. 0,30.

Come si vede nell'uso tanto dell'aceto che del sugo di limone l'ingestione dei rispettivi acidi organici liberi, acido acetico o acido citrico, è minima.

I joduri alcalini possono essere presi immediatamente avanti al pasto del giorno, nel quale sono assunti gli alimenti conditi con aceto o sugo di limone oppure i joduri alcalini possono essere presi la mattina nel latte.

Nel primo caso si potrebbe eccepire la più grave controindicazione, mentre in effetti nulla esiste che possa dare una base scientifica a tale credenza, per duplice ragione chimica e biologica.

È ben noto dal lato chimico che i *joduri alcalini puri* in presenza di acidi inorganici od organici liberi rimangono inalterati, è solo nel caso di *joduri alcalini impuri* o *contenenti jodati* che gli acidi organici od inorganici mettono in libertà l'jodio.

---

carbonati con tenui quantità di cloruri o solfati o fosfati, allora si dirà *alimenti generatori di alcali*.

Quindi alla espressione « *reazione delle ceneri* » sarà bene sostituire quella di « *composizione delle ceneri* » che rende più chiaro il concetto fisiologico.

(1) G. V. VILLAVECCHIA. *Dizionario di Merceologia*, 1923, vol. I, pag. 38.

Nelle cure mediche devono essere usati, per tassativa disposizione di legge (1), i joduri alcalini puri esenti da jodati.

Quindi nessuna incompatibilità chimica esiste fra joduri alcalini puri e acidi minerali od organici.

Dal lato biochimico, data la piccola quantità di acido acetico o di acido citrico contenuta, come sopra è stato detto, nei due condimenti, l'acidità di questi è in parte neutralizzata dalla alcalinità della saliva e in parte dalla combinazione che subito avviene con gli alimenti nella masticazione orale, e quindi quando passano nello stomaco sono quasi del tutto neutralizzati e combinati.

Nel secondo caso l'ingestione di aceto o agro di limone nel pasto del mezzogiorno o della sera trovano già i joduri alcalini passati nel circolo sanguigno e in via di eliminazione, ed in tutti i modi anche in tal caso è l'alcalinità della saliva la combinazione con gli alimenti, l'alcalinità del succo pancreatico ed enterico che neutralizzeranno completamente la tenue quantità di acido organico libero che può essere passato inalterato.

È bene inoltre tenere presente che l'aceto per ciò che riguarda il suo contenuto in acido acetico non è da considerarsi un *alimento generatore di acidi*, perchè l'*acido acetico* nell'organismo viene bruciato completamente fino agli ultimi composti H_2O e CO_2; l'agro di limone poi in base alla sua complessa costituzione è da annoverare fra gli alimenti generatori di alcali perchè le sue ceneri contengono essenzialmente ossidi di metalli alcalini (K) e ossidi di metalli terrosi-alcalini (Ca) con piccolissime quantità di fosfati e solfati alcalini e terrosi alcalini e per quanto riguarda l'acido citrico è ben noto che anche esso è bruciato quasi totalmente dall'organismo.

Da quanto si è esposto emerge che l'aceto e l'agro di limone, assunti come condimenti di alimenti varii, non hanno alcuna controindicazione nè chimica, nè biologica alle cure di preparati alcalini di jodio o di arsenico.

Non è necessario quindi il consiglio di astenersi da alimenti conditi con aceto o sugo di limone nelle prescrizioni di cure con joduri alcalini.

Ho voluto soffermare la mia attenzione su questo semplice quesito e dirimerlo come meglio ho potuto, perchè nel lungo contatto avuto col pubblico, ho constatato come il divieto assoluto di condire alimenti con aceto o sugo di limone, portava in moltissime persone una riluttanza ad eseguire la cura jodica.

---

(1) *Farmacopea Ufficiale del Regno d'Italia*, IV Ediz., 1920, pagg. 205-206.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Di uno speciale fenomeno nervoso-funzionale

per il dott. ANDREA FERRI.

Si tratta di un fenomeno che, mesi sono, mi capitò di provocare casualmente, durante l'esame di una malata. Non mi consta che sia stato descritto finora; per cui è da supporsi che il fatto sia raro, oppure che dagli eventuali osservatori sia stato ritenuto non degno di rilievo. Mi sono indotto a riferirlo, senza volervi annettere importanza maggiore di quella che merita.

L'osservazione riguarda una donna sessantenne, di conformazione regolare, di aspetto pletorico, colorito sano e in ottimo stato di nutrizione, ma con tare nevropatiche famigliari e personali. Accusava disturbi viscerali vaghi, che all'esame clinico e ad una lunga osservazione, risultavano di natura nervosa, senza base organica. Aveva lieve tremore delle mani, aspetto ansioso e preoccupato; riflessi, *palpebrale, congiuntivale, faringeo assenti; addominale superficiale* debolissimo, *rotulei vivaci*, normali gli altri. Ventre piuttosto voluminoso, ma floscio, ipotonico, anche in conseguenza di ripetute gravidanze pregresse. La palpazione dell'epigastrio, tanto sulla linea mediana che un poco lateralmente, dava luogo ad *una serie di sussulti, di scosse rapide e ritmiche del ventre in toto*, che cessavano col sollevarsi della mano palpante e si ripetevano sempre uguali, in numero di dieci a dodici, ad ogni nuovo tentativo di palpazione. Il fatto era del tutto indipendente dalla volontà della donna, che, come non avrebbe mai potuto riprodurlo da sè, era altrettanto incapace di impedirlo; cosicchè, dopo prove e riprove, essa doveva pregarmi di sospendere l'esperimento, perchè le riusciva penoso. Si trattava evidentemente di un fatto riflesso, provocato dalla pressione manuale all'epigastrio ed esplicantesi mediante contrazioni e rilasciamenti alternati dei muscoli addominali (in modo precipuo dei *retti*, ma in via accessoria anche degli *obliqui* e dei *trasversi*), così da costituire un *clono del ventre* analogo al *clono del piede* e al *clono della rotula*, a parte la minor durata e a parte anche il diverso significato semeiologico, perchè nel nostro caso non era certamente in giuoco una lesione del fascio piramidale.

Il fenomeno infatti è scomparso, insieme col miglioramento dello stato nevrotico, dopo mesi di cure psicoterapiche e ricostituenti del sistema nervoso; donde la certezza che si trattava di un fatto puramente funzionale, forse favorito dall'emozione, al momento della visita. Mi sono limitato a riferirlo senza pretese scientifiche, e soltanto come esponente raro e caratteristico, di uno stato psicopatico o neurotico.

Sala Bolognese, ottobre 1927.

CONFERENZE.

L'arteriosclerosi cerebrale.

(JAMES. *Proceedings Royal Society of Medecine*, 1926, n. 8).

La sclerosi dei vasi cerebrali può costituire una parte dell'arteriosclerosi generale, ma può anche presentarsi separatamente nell'assenza di qualsiasi lesione delle altre parti del sistema arterioso. Mott la pone al quinto posto e Thoma al quarto posto nell'elenco delle varie sedi dell'arteriosclerosi. Ambo gli autori affermano che le arterie degli arti sono quelle più soggette alla sclerosi.

I segni ed i sintomi dell'arteriosclerosi variano in rapporto alla distribuzione ed all'intensità della sclerosi, nonchè agli accidenti dipendenti dalla lesione stessa (emorragia, trombosi e, più raramente, embolia).

La sede delle arterie colpite determinerà il tono del quadro clinico: così la sclerosi dell'arteria basilare produce sintomi bulbari, quella dei vasi cerebellari sintomi cerebellari, mentre le lesioni della cerebrale media e dei suoi rami danno sintomi paralitici.

La fase iniziale è ricca di sintomi, povera di segni.

I pazienti accusano: cefalea al vertice più grave al mattino, palpitazione e dolore substernale dopo sforzi, facile stanchezza fisica e mentale, vertigine, intolleranza agli eccitanti (alcool, caffè, tè), depressione, facile emotività, irritabilità, ed in molti casi alterazione progressiva del carattere. La depressione psichica può estrinsecarsi con uno stato di preoccupazione e di ansia, con idee di rovina sopratutto per lo stato di salute. Si possono avere disturbi transitori della sensibilità alle estremità, debolezza motoria specie alle braccia ed alle gambe, afasia o aprassia momentanee. Sopratutto di notte si possono avere brevi periodi di confusione. Si ha ostinata insonnia notturna con sonnolenza diurna. Questa sintomatologia dura in genere qualche anno.

L'arteriosclerosi cerebrale può esistere senza alcuna apparente lesione dei vasi periferici. Spielmeyer per mettere in evidenza le lesioni periferiche ha proposto il seguente segno: s'invita il paziente a tenere flessi il capo ed il tronco per 30 secondi e poi a mettersi in posizione ritta; in caso di arteriosclerosi dopo questi movimenti le arterie temporali appaiono come cordoni tortuosi e nodosi. Questo segno però può riscontrarsi anche in persone apparentemente sane. I riflessi profondi hanno un comportamento vario; si può riscontrare disuguaglianza anche senza emiplegia o altre gravi lesioni. La pressione sistolica e diastolica può essere elevata, ma anche normale e bassa. Può riscontrarsi ipertrofia cardiaca, che

però in genere si manifesta nei periodi avanzati. L'albuminuria è presente in quei casi d'iperpiesi secondaria ad affezione renale. L'arco senile non è un segno patognomonico. Nel primo stadio, quantunque raramente, si può avere torpore pupillare o miosi.

Nello stadio avanzato la fenomenologia morbosa assume tipi diversi, a seconda che l'arteriosclerosi è a carattere involutivo, senile o presenile, o ipertensivo, la così detta iperpiesi.

In quest'ultima forma sono sintomi imponenti: i disturbi percettivi, l'incontinenza emotiva, con irritabilità ed impulsi, specie dopo attacchi apoplettiformi o epilettiformi, depressione malinconica con tendenza al suicidio; disturbi afasici, aprassici ed agrafici, tendenza al vomito, sordità; stazione insicura, andatura incerta, vertigini; espressione immobile ed inespressiva, talvolta come quella della sindrome postencefalitica; riduzione progressiva della discriminazione sensitiva; talvolta disuguaglianza pupillare, miosi e perfino segno di Argyll-Robertson.

Le numerose lesioni paralitiche che occorrono nel corso della malattia sono dovute per lo più ad emorragie, minute o diffuse. Le paralisi, l'afasia, l'anestesia possono essere transitori o permanenti.

Si possono avere due specie di accessi epilettiformi, a tipo di epilessia essenziale e a tipo di epilessia jacksoniana. Questi accessi possono essere legati a rotture dei piccoli rami dei vasi sottocorticali.

È caratteristico dell'arteriosclerosi cerebrale il fatto che il paziente conserva una perfetta conoscenza del proprio stato fino all'ultima fase. La personalità persiste a lungo, e quantunque si perda quasi del tutto la memoria dei fatti recenti, è ben conservato l'orientamento nel tempo e nello spazio, l'interesse per le cose familiari e per gli affari. Nell'ultima fase però si ha un decadimento completo simile a quello dello stadio terminale della paralisi progressiva.

Nella forma involutiva senile o presenile, la pressione sistolica e diastolica è in genere più bassa che nel gruppo precedente, e l'ipertrofia cardiaca e la sclerosi renale sono per lo più assenti. Anche questi pazienti presentano facile emotività, diminuzione della memoria, vertigini ed altri disordini, ma nella maggioranza dei casi mancano i sintomi a focolaio. Il decorso della malattia per lo più è lento ed i pazienti possono raggiungere anche un'età avanzata. La decadenza intellettuale è progressiva e del tutto somigliante a quella che suole aversi nella senilità.

Per quel che riguarda l'anatomia patologica dell'arteriosclerosi cerebrale occorre tener presenti i particolari caratteri della circolazione encefalica. Alla base del cervello le vertebrali e le carotidi interne comunicano fra loro a mezzo del circolo di Willis. I rami dei vasi principali sono di piccolo volume, con pareti relativamente sottili e piccoli capillari. I vasi basali irrorano i gangli e la sostanza bianca, ed hanno scarse o nessuna anastomosi. I rami corticali coprono la corteccia come una fitta rete vascolare, si anastomizzano liberamente, e si ramificano ampiamente nella pia prima di penetrare nella sostanza corticale. Oltre a ciò i vasi cerebrali sono circondati da un ampio spazio perivascolare, mentre il tessuto nervoso costituisce un'impalcatura molto tenue per il loro sostegno. Le lesioni sclerotiche colpiscono tanto i vasi corticali che quelli basali, con le loro ramificazioni nella sostanza bianca e grigia. Il punto di predilezione del processo sclerotico sembra sia negli strati più profondi della sostanza bianca del cervello medio, nell'operculum, nell'insula, nel nucleo striato, nei gangli del ponte e nel nucleo dentato del cervelletto. I due tipi clinici di arteriosclerosi cerebrale sopra accennati non corrispondono nettamente a due forme anatomo-patologiche. Tuttavia l'arteriosclerosi corticale prevale nel tipo involutivo, senile o presenile; mentre nei cervelli di pazienti con iperpiesi si riscontrano più spesso degenerazioni subcorticali diffuse e tracce di pregresse emorragie in tutti gli stadi.

Un altro problema anatomo-patologico è quello riguardante la natura delle alterazioni che colpiscono i vasi cerebrali. Questi appartengono al gruppo delle arterie medie e piccole, con scarsa avventizia e largo spazio perivascolare. Data la relativa sottigliezza le arterie cerebrali non possono sopportare gli improvvisi aumenti della pressione sanguigna, così come le arterie degli arti. Le prime lesioni compaiono nell'intima con ipertrofie e poi alterazioni degenerative negli strati più profondi dell'intima stessa, rottura delle fibre elastiche, depositi grassi e poi calcarei, sui quali scompare l'endotelio. La media talora presenta ipertrofia muscolare forse come fatto reattivo all'ipertensione, ma i fatti più costanti e sicuri sono l'aumento del tessuto fibroso, l'atrofia e la degenerazione ialina.

Le cause dell'arteriosclerosi cerebrale sono verisimilmente simili a quelle che provocano l'arteriosclerosi generale forse con qualche fattore aggravante in più. Al riguardo è a notare che Morowoka ha trovato in tre pazienti fenomeni ipersecretori delle cellule epiteliali dei corpi coroidei con proliferazioni epiteliali e cisti pseudocolloidali, con abbondante presenza di colesterina, che, come è noto, trovasi in eccesso nell'ipertensione. Ciò farebbe supporre che i corpi coroidei

hanno una gran parte nella produzione dell'arteriosclerosi cerebrale.

L'influenza del logorio e delle azioni traumatizzanti locali sembra ben stabilita. Romberg formulò la dottrina che l'arteriosclerosi colpisce le regioni sottoposte a maggiori sforzi. È stato dimostrato che il lavoro manuale eccessivo provoca l'arteriosclerosi precoce degli arti. Ma non è stato d'altra parte dimostrato che il cervello dei lavoratori del pensiero vada più soggetto all'arteriosclerosi.

Le affezioni renali possono essere accompagnate da ipertensione, ma che la iperpiesi sia sempre d'origine renale è un'ipotesi non giustificata dei fatti.

Non è chiaro come e perchè l'iperpiesi induca la sclerosi delle arterie. È stato incolpato l'eccesso di alimentazione, sopratutto di proteine. Ma purtroppo il trattamento dietetico non sempre riesce a modificare la condizione, d'alra parte i prodotti tossici derivanti dall'intestino sembrano avere piuttosto un'azione ipotensiva.

L'obesità, per il fatto stesso d'essere dovuta ad un disturbo del metabolismo, può essere causa d'arteriosclerosi.

La gotta, l'alcool e la nicotina sono stati indicati come fattori d'arteriosclerosi, ma attualmente si mette in dubbio l'importanza che al riguardo era stata loro attribuita per lo passato.

Staemmler attribuisce grande importanza alla infiammazione dei gangli simpatici. Egli sostiene il seguente meccanismo: infezione, irritazione infiammatoria dei gangli simpatici, simpaticotono, iperpiesi, arteriosclerosi.

Le emozioni ripetute, sopratutto la paura e l'ansia, hanno valore indiscutibile come cause determinanti dell'iperpiesi.

Recentemente è stato rilevato che i climi tropicali, specie per gli Europei, affretterebbero la comparsa di arteriosclerosi cerebrale.

DR.

SUNTI E RASSEGNE.

VASI SANGUIGNI.

La diagnosi dell'aortite addominale.

(VAQUEZ e DONZELOT. *Paris Médical*, 1927, n. 27).

La diagnosi dell'aortite addominale è generalmente difficile in rapporto al fatto che è un'affezione rara e che decorre per molto tempo senza sintomi imponenti. Le forme che hanno una sintomatologia più netta sono quelle complicate.

La complicazione più grave è costituita dalla rottura dell'aorta addominale consecutiva ad un processo ulcerativo, aneurismatico o semplicemente sclerotico. Nei casi finora pubblicati, nei quali si produsse tale evenienza e nei quali la diagnosi fu controllata all'autopsia, la malattia decorse senz'altro sintomo all'infuori del dolore, che per altro è molto variabile, potendo essere atroce, leggero o assente.

Il secondo gruppo di complicazioni è dato dalla trombosi del tronco o dei rami dell'aorta addominale. La trombosi del tronco non provoca dolore ben netto locale, ma determina a distanza una sindrome dolorosa e trofica interessante gli arti inferiori, talvolta una sindrome di paraplegia completa. La trombosi dei rami collaterali non produce una vera sindrome aortica, ma, secondo l'arteria trombizzata, una sindrome dolorosa nella sfera viscerale improvvisamente ischemizzata. L'esempio più caratteristico è dato dalla trombosi mesenterica con il suo quadro d'occlusione intestinale che non richiama l'attenzione sulla circolazione fino a quando non si producono le emorragie intestinali. Occorre però rilevare che le sindromi locali, a carico dei visceri o degli arti inferiori, possono essere provocati da trombosi dei tratti superiori del tronco dell'aorta anche a livello del segmento toracico.

Le aortiti addominali complicate, adunque, possono rivelarsi a mezzo di due specie di sintomi: dolori locali e disturbi a distanza, periferici o viscerali. Ma questi sintomi hanno un valore affatto relativo, perchè il dolore locale può talvolta dominare tutto il quadro o mancare del tutto e perchè i disturbi a distanza possono essere provocati da un'alterazione che non interessa direttamente il segmento addominale dell'aorta.

L'aortite addominale non complicata può esprimersi clinicamente a mezzo di segni diretti ed indiretti.

I segni diretti più importanti sono: dolori, dilatazione e mobilità con incurvamento dell'aorta (triade di Potain).

Il dolore può essere spontaneo e provocato. Il dolore spontaneo a carattere angosciante si pro-

voca parossisticamente in seguito a sforzi, in occasione della digestione, e durante il decubito: s'irradierebbe lungo i vasi ed i loro rami. Non è un sintoma patognomonico perchè non c'è sindrome addominale acuta che non possa provocare una crisi dolorosa analoga. Il dolore provocato ha ancora minor valore clinico. È a ricordare che davanti l'aorta, in corrispondenza dei tronco celiaco e mesenterico superiore, trovasi il plesso solare che invia rami alla maggior parte dei visceri ed alla parete addominale, rami che seguono il tragitto delle differenti arterie circondandole come altrettanti plessi secondari. Pertanto l'aorta, nella regione epigastrica, costituisce il collettore doloroso di tutto l'addome: la palpazione profonda di detta regione può scatenare dolori nelle più differenti affezioni addominali. Nell'appendicite e nella colecistite si hanno dolori locali, dovuti alla diffusione del processo infiammatorio al peritoneo ed in plessi sottosierosi, e dolori diffusi provocati a distanza, dovuti alla distensione ed allo stiramento del mesentere. Questi ultimi dolori si concentrano nel plesso solare, ossia alla porzione superiore dell'aorta addominale, con irradiazione nei plessi secondari a distribuzione vasale. Si ha dunque irritazione del plesso solare in conseguenza di qualsiasi affezione addominale senza che l'aorta sia in causa.

L'aorta addominale può, come quella toracica, dilatarsi in conseguenza di un'alterazione della sua parete, ma questa dilatazione può difficilmente rilevarsi all'esame clinico, nonchè a quello radiologico. Nè vanno confusi con una dilatazione gli ampii battiti dell'aorta addominale, che invece sono l'espressione d'una perfetta elasticità della parete vasale e che in effetti sogliono riscontrarsi in soggetti giovani ed emotivi.

Anche l'incurvamento e la mobilità dell'aorta addominale non è un segno sicuro di aortite, potendosi riscontrare in soggetti con ptosi viscerale generale.

In conclusione i tre sintomi della triade: dolore, dilatazione, mobilità, presi isolatamente non hanno valore diagnostico, ma nel loro insieme costituiscono un elemento di sospetto a favore dell'aortite addominale.

Roch ha indicato un altro segno diretto: un soffio sistolico da rilevarsi naturalmente senza comprimere il vaso con lo stetoscopio. Ma questo segno si riscontra solo quando c'è un'ectasia, mentre nell'aortite semplice, acuta e cronica non si ha un restringimento o una dilatazione capace di determinare un soffio. D'altra parte il soffio può essere determinato da una compressione esterna del vaso, da un tumore, ad esempio. Dunque, salvo che nei casi di aneurisma, non si può contare sul soffio sistolico per stabilire la diagnosi d'aortite addominale.

Come segni indiretti dell'aortite addominale Teissier ha indicato l'ipertensione della pedidia in confronto della radiale, e Mougeot la mancanza di sincronismo fra il polso radiale e femorale. Per quel che riguarda il primo segno è a rilevare che numerose ricerche hanno stabilito che anche in sani la pressione al collo del piede è superiore a quella del polso. Il segno di Mougeot, precedenza del polso femorale su quello radiale, non ha valore diagnostico specifico, perchè il fenomeno si riscontra nelle lesioni di tutti i segmenti aortici.

La radiologia nei casi sospetti di aortite addominale non può venire in aiuto della clinica. L'esame radioscopico dell'aorta addominale è difficile. Per rendere visibile questa sezione vasale sono stati proposti due espedienti (insufflazione combinata dello stomaco e del colon e pneumoperitoneo), che in effetti non hanno reso utili servigi, senza dire dei loro possibili inconvenienti.

DR.

Sulla chirurgia degli aneurismi e degli angiomi racemosi.

(EICHELTER e KNOFLACH. *Acta Chir. Scand.*, volume LXI, fasc. IV).

Gli AA. riferiscono su 71 casi di aneurismi osservati in 25 anni nella Clinica di v. Eiselsberg. Dallo studio sono esclusi gli aneurismi dipendenti da ferite di guerra. Riportano dettagliatamente le osservazioni più interessanti dal punto della patogenesi, della sintomatologia e della diagnostica: aneurismi prodotti da interventi medici, aneurismi consecutivi a esostosi, presenza di dita a bacchetta di tamburo in caso di aneurisma dell'a. omerale nello stesso lato che gli AA. ritengono dovuti ad aumento della pressione venosa e a diminuito afflusso di sangue, nonchè a disturbi di origine nervosa. Viene anche riferito un caso di aneurisma « micotico » in un malato affetto da endocardite lenta. Fra i casi riportati ve ne sono anche alcuni di aneurismi dell'aorta toracica e addominale e dell'a. splenica che non vennero diagnosticati e che furono scoperti con interventi esplorativi. Le diagnosi furono di treore del mediastino, cisti del pancreas (?), volvolo.

Contrariamente a quello che è stato osservato negli aneurismi di guerra, l'infezione degli aneurismi traumatici è rara; l'emorragia invece è una complicanza più frequente.

Il trattamento ideale consiste nell'estirpazione della sacca aneurismatica seguita da sutura vasale, quando si tratta di grossi vasi. Se si tratta di vasi piccoli è sufficiente legare l'arteria e la vena interessata ed estirpare o incidere od obliterare la sacca. I migliori risultati si sono avuti

coi metodi di Kikuzi, di Frisch e di Matas. La legatura dei vasi e l'estirpazione della sacca ha dato invece risultati poco buoni.

L'indicazione a intervenire negli aneurismi traumatici è data dal loro accrescimento o dall'apparire di complicanze. Bisogna invece intervenire sempre negli aneurismi artero-venosi per prevenire le lesioni secondarie del cuore; anche in caso di lesione cardiaca in atto l'intervento si impone.

Gli aneurismi cirsoidei devono essere curati coll'estirpazione radicale, se essa è tecnicamente possibile, naturalmente legando tutti i vasi afferenti ed efferenti. Si può rendere meno pericolosa la legatura dei vasi di grosso calibro, anche delle due carotidi comuni, con una appropriata preparazione, cioè intercettando ogni giorno la loro circolazione per 5-20 minuti, per un lasso di tempo abbastanza lungo.

La compressione della trachea e l'ostruzione dell'esofago, dovuti a grossi aneurismi dell'aorta, può essere alleviata con fistole bronchiali o gastriche. Von Giselsberg eseguì tre fistole bronchiali, ma tutti e tre gli interventi furono seguiti da esito letale. M. ASCOLI.

Sulla malattia di Buerger.

(SCHROPF. *Presse médicale*, 1927, n. 61).

La malattia di Buerger è un'affezione a inizio flogistico acuto, a decorso cronico, dei vasi artero-venosi superficiali e profondi delle estremità distali degli arti, che interessa tutte le tuniche vasali e che presto o tardi mette capo alla gangrena. Si distingue nettamente da tutte le altre arteriti croniche, specialmente sifilitiche; colpisce quasi esclusivamente gli uomini, e con una certa predilezione gli ebrei dell'Europa centrale: per cui è stata detta trombo-angioite obliterante degli ebrei.

L'evoluzione segue quasi sempre tre stadi distinti:

1) stadio della claudicazione intermittente, parossistica, dolorosa, causata dall'angioite latente con angio-spasmi intercorrenti;

2) stadio della disfasia dolorosa progressiva (con rigidità muscolo-legamentosa) a causa dell'angioite ipertrofica stenosante obliterante;

3) finalmente lo stadio terminale della gangrena per trombo-angioite obliterante.

La sensibilità obbiettiva e subbiettiva è alterata: terribili sono i dolori urenti crampiformi, veri « angina cruris »; così pure lo stato dei riflessi è alterato.

L'etiologia sicuramente tossi-infettiva non è chiara; sembra che siano colpite le persone che abbiano avuto il tifo esantematico.

La frequenza della coesistenza del piede piatto in questi malati, non deve farci indurre in errori patogenetici, perchè è razionale ammettere che la trombo-angioite obliterante, quale angiopatia cronica, abbia per conseguenza indiretta, la formazione sincrona del piede piatto.

La nostra terapia è incapace a impedire la gangrena; qualche tenue speranza potrebbe aversi nell'uso dell'insulina. V. LOZZI.

Osservazioni di surrenalectomia nell'endoarterite obliterante giovanile e nella malattia di Buerger.

(STULTZ e STRICKER. *Revue de Chirurgie*, 1927, n. 3).

Gli AA. illustrano 8 osservazioni di malati capitati in Clinica Chirurgica nel 1925 e nel 1926. Richiamano al von Oppel nel 1921 il trattamento di certe arteriti obliteranti con l'ablazione d'una capsula surrenale. Prima di procedere alla surrenalectomia M. Lériche ha eseguito altri trattamenti. La resezione d'un segmento di arteria obliterata o la simpatectomia, malgrado un'azione di iperemia manifesta alla periferia del membro interessato, non ha prodotto che una sedazione passeggiera dei dolori. La surrenalectomia possiede, secondo gli AA., un'indicazione netta nella malattia di Buerger, chè essa arresta in un certo numero di casi, l'evoluzione del male. Si ignora il meccanismo esatto.

In tutti i casi gli AA. hanno visto un miglioramento notevole. A. CIOFFI.

La simpaticectomia periarteriosa in malattie circolatorie delle estremità.

(A. W. ALLEN. *Boston M. S. Journ.*, 25 ag. 1927).

Dal 1924 ad oggi l'A. ha avuto occasione di praticare 8 volte simile intervento.

In due casi di ulcere trofiche da lesione spinale la guarigione avvenne rapidamente; un'ulcera arteriosclerotica guarì quasi del tutto, ed in una trofoneurosi il dolore cessò per sei mesi. Non si ebbe invece alcun effetto notevole in una sindrome di Raynaud in soggetto luetico, in una tromboangioite obliterante, in una lesione nervosa irritativa, e in un caso di sclerodermia.

A questa sua breve statistica l'A. aggiunge casi trattati da altri autori con la semplice simpaticectomia (operazione di Lériche) e casi trattati con la escissione dei rami comunicanti spinali e dei gangli (operazione di Royle).

La conclusione che ne trae è che il campo della simpaticectomia è molto limitato. L'iperemia temporanea che segue all'operazione giova indubbiamente alla guarigione delle ulcere torpide e facilita la scomparsa dei fatti dolorosi; ma non è

escluso che identici resultati possano ottenersi con periodi più o meno lunghi di cure fisiche appropriate. Comunque, poi, le recidive non sono affatto escluse.

Il trattamento chirurgico combinato, coi metodi di Royle e Lériche contemporaneamente è certamente più efficace, ma costituisce impresa molto più seria, e non scevra da pericoli.

Forse gli stessi scopi possono essere raggiunti con la sola operazione di Royle. M. FABERI.

MILZA.

Le splenomegalie micosiche.

(P. EMILE-WEIL, GREGOIRE e FLAUDRIN. *Presse méd.*, n. 57, 16 luglio 1927).

I medici algerini Cochez, Broult, Nicolle, ecc., pensavano ed insegnavano che dovevano esistere delle milze infettive il cui agente non era nè il parassita malarico, nè quello del Kala-azar, ma mancava la prova. Nauta riuscì a mettere in evidenza l'esistenza di funghi nella milza; egli insieme con Pinoy concluse per l'esistenza di un micetoma della milza dovuto alla *Sterigmatocystis nidulans*.

Gli AA. dimostrano che il 50 % delle splenomegalie primitive, a Parigi, hanno una etiologia micosica. Questi AA. in una bella rivista dettano le linee fondamentali nosografiche di questa forma morbosa.

Etiologia: colpisce i giovani, più frequentemente i maschi, a preferenza i coltivatori e i campagnuoli.

Patogenesi: è ancora impossibile precisare le porte di ingresso della infezione. Con tutta probabilità accade per via sanguigna, per l'arteria splenica, è probabilmente preceduta da uno stadio setticemico che rimane inavvertito. Anche il tubo digerente e le tonsille potrebbero essere porte di ingresso.

Quadro clinico, inizio della malattia: può cominciare con emorragie, ematemesi o melena. L'esame del malato dimostra poi la splenomegalia. Talora invece l'inizio è dato da un ittero febbrile. Altre volte si hanno dei semplici disturbi gastro intestinali con diarree e coliche. Goinard ha segnalato un inizio con febbre continua o intermittente simile alla malarica.

Periodo di stato: si ha una splenomegalia, con milza dura, grossa, in genere ptosica, più dura della milza leucemica, con ipertrofia omeomorfa. Il fegato è normale o aumentato di volume. Le linfoglandole si mantengono normali. Spesso si trovano dei soffi anemici, vi è sempre della ipotensione. Non è eccezionale un lieve versamento pleurico qualche volta emorragico.

Forme cliniche: gli AA. ne descrivono sei forme. *A*) *Splenomegalie con emorragie;* è questa la forma più abituale, specie con ematemesi e melena. Tanto che gli AA. giungono a sostenere che in presenza di splenomegalia e emorragie digestive, nei loro paesi si sbaglierà raramente mettendo la diagnosi di splenomegalia micosica (!). *B*) *Splenomegalia pura*. *C*) *Splenomegalia con ittero emolitico*: in questo caso la diagnosi di ittero splenomegalico non ha valore che se è completata da una prova etiologica. *D*) *Splenomegalia con anemia*: se il subittero, costante, in un grado minimo, in tutti i casi, passa in seconda linea, e l'anemia, costante anch'essa in un grado minimo in tutti i casi, si esagera, si ha il quadro di una anemia splenica. C'è leucocitosi, polinucleare con eosinofilia, talora discreta reazione mielocitaria. *E*) *Splenomegalia con poliglobulia*: in un solo caso si realizzò una sindrome di Vaquez, l'evoluzione fu di un anno, senza che si verificasse mai anemia. *F*) *Splenomegalia con ascite*: in due casi si verificò questa evenienza ed il decorso precipitò rapidamente.

Evoluzione: non è facile stabilire l'inizio, quindi la vera durata sfugge. Goinard distingue delle forme lente da 1 a 15 anni, e delle forme rapide (qualche mese) e delle forme intermedie. Gli AA. ritengono sia sempre una infezione torbida a lunga durata.

Prognosi: a lungo andare è sempre fatale, però la guarigione è chirurgicamente possibile.

Diagnosi: prima si deve fare la diagnosi che si tratti di una grossa milza cronica; poi si deve escludere che si tratti di una milza iperplastica (leucemica, pseudoleucemica da Hodgkin o da sarcoma) e si deve dimostrare che si tratta di una milza cronica infiammatoria. Di poi si deve fare la diagnosi per esclusione: la *milza malarica* si diagnostica e per l'anamnesi, e per il luogo di provenienza del paziente, per i caratteri della febbre, per la ricerca del parassita, l'efficacia del chinino.

Il *kala azar* per la ricerca della leishmania con la puntura della milza. La *milza luetica* per la anamnesi, la coesistenza di lesioni luetiche, la R. Wassermann e l'effetto della cura specifica. La *tubercolosi* isolata della milza è di diagnosi difficilissima e spesso impossibile. La *bilarziosi* dovuta allo Schistosomum Mausoni produce in Egitto la maggior parte delle splenomegalie croniche; essa si riconoscerà per l'anamnesi che ricorda dissenterie, per i segni di ulcere intestinali, per la ricerca delle uova nelle feci, per la reazione di deviazione del complemento, per l'eosinofilia. *L'echinococcosi splenica* è rara, si diagnosticherà per l'orticaria, l'eosinofilia, la Weinberg, la Casoni. Quindi eliminate queste splenomegalie croniche si potrà per esclusione ammettere la splenomegalia micosica.

Terapia: *A*) medica: si può tentare lo joduro a

forti dosi, 4-8 gr. al giorno; i risultati non sono ancora certi. *B*) Chirurgica; rappresenta oggidì la vera cura di queste forme; essa può dare la guarigione nelle forme non complicate. La splenectomia deve essere preceduta dalla trasfusione di 200-250 cmc. di sangue, l'emostasi deve essere perfetta. La splenectomia deve essere precocissima perchè le complicazioni che si hanno col passare del tempo aggravano la prognosi.

L. TONELLI.

La chirurgia nelle malattie splenomegaliche.

(WILKIE. *Edimburg Medical Journ.*, luglio 1927).

La crescente conoscenza delle funzioni della milza ha incoraggiato i chirurghi alla sua asportazione in molti casi di splenomegalia. Oggidì abbiamo raccolto dati sufficienti per tentare una rivista d'insieme di questo interessantissimo argomento che richiede una perfetta cooperazione tra il medico ed il chirurgo. Sarebbe monotono passare in rivista tutte le funzioni che sono state attribuite alla milza: in breve ricordo come noi conosciamo oggi che essa ha un importante ufficio nel distruggere i corpuscoli rossi e le piastrine; che essa è una parte importante del sistema reticolo-endoteliale, che possiede nelle sue fibre elissoidi un efficace filtro del sangue, e i suoi gruppi di cellule reticolari hanno alte proprietà fagocitarie: ha una azione importante nel combattere le infezioni generali, e ciò è bene evidente nel tifo e nella malaria. È stata dimostrata la capacità di fermare le sostanze circolanti nel sangue. Si è concluso ultimamente che la circolazione della milza è segmentale, e ciò fa comprendere come in casi utili sia possibile ed efficace una splenectomia parziale. Si è imparato che il frenico di sinistra invia fibre ai vasi splenici e ciò spiega come malattie della milza possano determinare dolore alla spalla di sinistra. Sappiamo ora che in date condizioni patologiche può riassumere funzione fetale di formatrice di emazie. Barcroft ha dimostrato che essa è un vero serbatoio del sangue, e che la grandezza del lume, ed il potere contrattile della vena splenica ne regolano il passaggio nel circolo generale. La relativamente grande quantità di sangue che attraversa la milza e poi per la porta va al fegato, fa pensare ad importanti relazioni funzionali tra i due organi, e spiega il sollievo che la splenectomia può portare ad un circolo portale congestionato per cirrosi epatica.

Malattie infettive della milza: richiedono raramente l'intervento chirurgico. *L'infarto splenico* può richiederlo per il vivo dolore che provoca e che con le condizioni generali può simulare una perforazione. La presenza di affezioni endocardiche può facilitare la diagnosi. *L'ascesso solitario* della milza è una rarità, ma al caso può richiedere utilmente il drenaggio. La *tubercolosi splenica*, specie se con nodi caseosi multipli può rappresentare il focolaio tubercolare principale di un organismo, e specie nei bimbi, sono noti dei casi in cui l'asportazione di una milza tubercolare liberò da febbri di lunghissima data invincibili in altro modo.

Sifilide splenica: Mayo richiamò l'attenzione sul fatto che la milza può rappresentare un focolaio ove si accumulano le spirochete, e una causa dell'inefficacia del trattamento. In questi casi egli consiglia la splenectomia.

Malaria: è consigliata la splenectomia, con un concetto simile al precedente, nei casi di malaria resistenti al trattamento.

Cisti idatidee e tumori primitivi della milza: sono rare evenienze, ma in ambo i casi è indicato l'intervento.

Splenomegalie: Si possono dividere in due gruppi: un primo comprende le splenomegalie primitive e l'A. vi include il morbo di Banti, il morbo di Gaucher, e la splenomegalia Egiziana: e un secondo gruppo di splenomegalie secondarie che comprende la leucemia, la anemia perniciosa(!!), la malattia di Von Jaksch, l'ittero emolitico, la porpora emorragica e la policitemia vera. Vediamo partitamente queste forme:

Morbo di Banti: i maggiori AA. ritengono questo nome essere sinonimo dell'anemia splenica giunta all'ultimo stadio. La causa vera della malattia non è ancora conosciuta. Tutto fa pensare che si tratti di una infezione primitiva della milza. Nella Clinica Mayo si fecero culture della milza in 82 casi, ma risultarono tutte negative. La splenectomia ha qui ottima efficacia specie se praticata nel 1° o 2° stadio che danno una mortalità inferiore al 10 per cento, mentre questa sale al 50 per cento al minimo se si interviene nel terzo stadio. La causa del decesso è per lo più una trombosi della a. mesenterica. Secondo Evans si devono dividere i casi di Banti in due categorie, una con un basso numero di piastrine, che risponde bene alla splenectomia, ed un'altra con numero normale o elevato di piastrine che si complica facilmente con trombosi mesenterica.

L'operazione presenta due difficoltà: l'esistenza possibile di una diffusa e spessa perisplenite fibro-adesiva, e la friabilità della vena splenica per endoflebite che ne rende facile la lacerazione sotto l'allacciatura. Nell'ultimo stadio è bene associare alla splenectomia l'omento-pessia alla Tansini; in tutti i casi è bene fare precedere una trasfusione sanguigna.

Splenomegalia egiziana: Coleman e Bateman operarono 70 casi di splenectomia con risultati ottimi, vi fu solo una mortalità del 15,7 per cento.

Morbo di Gaucher: è caratterizzato da una enorme splenomegalia, senza alterazioni veramente caratteristiche nel sangue, se si eccettua un'anemia a tipo secondario ed una leucopenia. Gaucher la considerò un epitelioma splenico, ma le cellule da lui descritte sono ora ritenute di genesi endoteliale.

La malattia si manifesta in giovinezza, per lo più in fanciulle e spesso con carattere famigliare. La splenectomia solleva le condizioni generali, e toglie i disturbi meccanici dovuti al peso della grande milza. Su 14 casi operati da Guillot vi furono 3 morti, e gli altri tutti migliorarono notevolmente.

Ittero emolitico: è il primo nella lista dei successi della splenectomia. La malattia si presenta in due forme: una congenita o famigliare descritta da Minkowski ed una acquisita descritta da Hayem e Widal. La causa del morbo è oscura, ma i caratteri clinici sono bene noti. Vi è una modica splenomegalia, un ittero lieve della cute e congiuntive; assenza di bile nelle urine e presenza di bile nel sangue. Le emazie mostrano una anormale fragilità e una diminuita resistenza alle soluzioni saline ipotoniche. Le cellule rosse fragili sono distrutte in gran numero nella milza e dall'emoglobina resa libera si forma del pigmento biliare in eccesso, vi è quindi una grande tendenza alla formazione di calcoli pigmentari nella colecisti. (Nella clinica di Mayo furono trovati nel 60 %). Nella forma congenita e famigliare l'operazione non è necessaria, ma utile. Spesso i vari membri di una famiglia con ittero emolitico chiedono l'uno dopo l'altro di essere splenectomizzati, e questa è la migliore prova che si hanno benefici effetti. Nella forma acquisita la splenectomia si deve imporre di urgenza. Su 137 casi di Krumbhaar vi fu una mortalità del 2,9 %, e in tutti gli altri i sintomi scomparvero.

Porpora emorragica: in essa si trova spesso splenomegalia, e notevole diminuzione delle piastrine; ora poichè queste sono distrutte nel sistema reticolo-endoteliale e sopratutto in quello della milza si pensò all'asportazione di questa. Nel 1916 Kaznelson fece la prima splenectomia per porpora cronica, ed ottenne un buon risultato che fu poi confermato in molti casi. La diagnosi deve essere però accuratissima: Whipple insiste affinchè non si ponga la diagnosi che se si sono trovati i cinque segni seguenti:

1) un basso numero di piastrine;
2) un prolungamento del tempo di stillicidio;
3) una mancata retrazione del coagulo;
4) un tempo normale di coagulazione;
5) il fenomeno del laccio.

Whipple ha avuto su 73 casi di porpora trattati con splenectomia, solo una morte dell'8,2 % e buonissimo esito in tutti gli altri. Esaminiamo ora una serie di malattie del sangue nelle quali le indicazioni della splenectomia sono meno certe e causano dibattito.

Anemia perniciosa: solo l'inefficacia dei più svariati tentativi di cure mediche ha indotto a provare la splenectomia in questa malattia in cui non parrebbe molto indicata perchè la milza non è in essa ingrandita. Tuttavia Mayo, Percy ed altri basandosi sul fatto che la malattia sia dovuta ad un veleno che agisce sulle emazie e sugli organi ematopoietici istituirono un trattamento poggiato su tre punti: 1) un tentativo di stimolare la formazione di nuove emazie con trasfusione sanguigna; 2) un tentativo di impedire l'assorbimento di batteri o tossine emolitiche col rimuovere i focolai di infezione, in bocca, nei seni ossei o nell'addome; 3) un tentativo di proteggere le emazie di nuovo formate dall'azione distruggitrice della milza mediante la splenectomia. Mayo ne operò 61 casi con una mortalità di soli 3 casi. Le sue conclusioni sono che nelle forme a decorso cronico e svolgentesi in giovani essa è indicata; nelle forme di tipo aplastico ed in pazienti anziani non è invece raccomandabile.

Leucemia: Secondo molti AA. in questa malattia l'intervento chirurgico non è indicato; ciò è certamente vero nelle forme acute. I primi tentativi nelle forme croniche non furono incoraggianti. La mortalità giunse al 90 %. Le condizioni sono migliorate negli ultimi anni. Nella clinica di Mayo su 33 casi, in 31 dei quali precedette la radioterapia si ebbe una mortalità del 3 %. Su 33 casi, 4 poterono riprendere il lavoro per cinque anni, otto altri per più di tre anni, e i rimanenti stettero un po' meglio per un solo anno. Concludendo nel maggior numero dei casi è indicata la radioterapia, e se si aggiunge la splenectomia si può ancora avere un miglioramento, ma non la guarigione.

Malattia di Von Jaksch: corrisponde all'anemia infantile splenomegalica. Accade nell'infanzia, c'è una milza un po' ingrandita, un fegato palpabile, una notevole diminuzione delle emazie, poichilocitosi, policromatofilia e netta linfocitosi; edemi e tendenza alle emorragie. Ashby e Southam hanno avuti buoni risultati con la splenectomia.

Policitemia vera: sebbene si siano avuti dei buoni risultati con la splenectomia non è possibile trovare un argomento razionale che la giustifichi, poichè anzi parrebbe in questa malattia dovesse essere assai consigliabile conservare la milza che è un organo distruttore di emazie.

Cirrosi epatica di Laënnec: vari chirurghi seguendo Tansini, hanno combinato la splenectomia con l'omentopessia con buoni effetti, forse perchè così si scarica il circolo portale di una discreta quantità di sangue.

L. TONELLI.

IGIENE.

La prevenzione della malaria nel campo pratico.

(A. MISSIROLI. *Rivista di Malariologia*, 1927, n. 3).

L'A. pubblica la prima relazione sull'attività della Stazione sperimentale per la lotta antimalarica, fondata sotto gli auspici della Direzione Generale di Sanità Pubblica col concorso della « International Health Division » della « Rockefeller Foundation ».

La lotta è stata iniziata un paio d'anni or sono per alcune stazioni ed è stata estesa nello scorso anno complessivamente a 21 località, in Sardegna, Sicilia, Calabria, provincia di Roma, Ferrara, Monfalcone, Istria.

Metodi di lavoro. — Primo compito è la conoscenza delle condizioni fisiche delle località prescelte e la valutazione della loro malaricità. Sopra una carta topografica si segnano i centri abitati, le abitazioni sparse, i ricoveri degli animali e le raccolte idriche (stagni, canali ecc.) presenti entro il raggio delle operazioni (per solito 3 km. di raggio intorno alle località da difendere); inoltre si precisa la capacità di queste raccolte di dare sviluppo agli anofeli. Per avere un criterio esatto sulla diffusione e sulla gravità della malaria, vengono determinati gli indici splenico, parassitario, emoglobinico, il numero dei malarici fra i bambini nati entro l'anno e fra gli abitanti che provengono da zone sicuramente immuni, il numero totale di malarici curati entro l'anno ed il numero delle assenze dei bambini dalle pubbliche scuole.

Il funzionamento delle stazioni si inizia in pieno dalla metà di marzo. Definiti i focolai anofeligeni, si segnano giorno per giorno i risultati della cattura delle larve e si indica in quali giorni viene usato il larvicida. Il controllo delle operazioni antianofeliche si fa con la cattura delle alate eseguita in otto località scelte entro il raggio di azione.

Come *mezzi diretti di lotta* si usano:

1) La disinfestazione idrica mediante il verde di Parigi (*), sparso mediante soffietti; si è anche fatto uso (a Monfalcone) di un aeroplano (**).

L'esperienza fatta con lo studio sistematico, da parte dell'A., porta a molti consigli pratici per l'uso del verde di Parigi, che ha sul petrolio i grandi vantaggi di un costo dieci volte minore e di non alterare i caratteri dell'acqua.

(*) In qualche località si sono usate le Gambusie.

(**) Dell'efficacia e convenienza di questo larvicida già ci siamo occupati (cfr., fra l'altro, *Policlinico*, Sez. prat., 1925, pag. 1028).

2) La cura dei malarici è stata eseguita in alcune località nell'intento di ridurre il numero delle fonti di infezione.

L'A. rileva che la lotta è stata imperniata in gran parte sulle osservazioni di V. Ascoli. Questi sostiene, che sono le nuove infezioni a far assumere, sovrapponendosi le une alle altre, il carattere di cronicità dalla malattia, in quanto nelle infezioni ripetute vengono ad essere più facilmente inoculati parassiti di diverse specie, oppure ceppi diversi della stessa specie; in tal caso l'immunità relativa che si acquista contro una forma, non vale contro le altre, per modo che i danni si sommano e si aggravano.

Con un'intensa lotta antilarvale, si limita molto il numero degli anofeli. Associandovi la cura dei malarici si riducono, al tempo stesso, le fonti d'infezione. È logico che da quest'azione combinata debba ottenersi la diminuzione numerica dei malarici.

Nei luoghi dove si applica con successo la lotta antilarvale, le probabilità di nuovi apporti di parassiti diminuiscono e correlativamente le forme croniche si riducono o scompaiono. In tali condizioni è da considerare la convenienza di limitare il periodo di somministrazione della chinina (che per la cura radicale o sterilizzante viene prolungato, secondo i metodi di Bass e di Dionisi, a 60 giorni). Ciò è stato fatto in una località; ivi non è stata organizzata la cura sistematica dei malarici, ma si è eseguita soltanto la lotta antilarvale; eppure si è veduto che la malaria è discesa con lo stesso ritmo come nella località vicina dove invece la cura dei malarici era stata compiuta radicalmente.

Se ne desume che la semplice cura delle manifestazioni cliniche della malaria, quale viene praticata ordinariamente, può essere bastante ai fini profilattici, quando si evitino nuove infezioni. Viceversa la bonifica umana o cura radicale senza la riduzione degli anofeli, non porta a notevoli risultati profilattici.

Per quanto riguarda la *chininizzazione dei malarici*, i risultati di questi anni di esperimento dimostrano: 1) che il metodo quotidiano (60-80 cg.) è da preferirsi nella cura dei malarici durante il periodo epidemico. Per gli estivo-autunnali senza carattere di cronicità, è però da raccomandarsi la somministrazione (quotidiana e bisettimanale) per periodi prolungati. Per tutte le forme allo stato cronico, in paesi disanofelizzati, è preferibile fare solo dopo ogni accesso la cura per 3-4 giorni, secondo un'usanza molto in voga tra le nostre popolazioni. Tale sistema ha anche un fondamento teorico, in quanto, per ottenere la guarigione, si dovrebbe avere una sufficiente produzione di anticorpi, il che si verifica solo quando si liberi una sufficiente quantità di antigene, me-

diante la distruzione di un gran numero di parassiti, quale si ha con la chininizzazione dopo l'ascesso.

Risultati ed obbiezioni. — I risultati ottenuti sono stati ottimi e dimostrano l'efficacia del metodo.

Per accennare a due sole stazioni (Bianconovo in Calabria e Portotorres in Sardegna), diremo che l'indice splenico è diminuito in entrambe del 50 per cento, mentre quello parassitario si è quasi annullato, riducendosi del 97,73 % a Bianconovo e dell'86 % a Portotorres. Nel primo paese, i 125 positivi del 1924 sono stati ridotti ad 1 appena nel 1926. La minore diminuzione dell'indice splenico rispetto a quello parassitario, si spiega col fatto che i processi di riparazione della milza, che portano alla riduzione di volume, sono relativamente lenti.

La malaria è praticamente scomparsa a Bianconovo e si riduce rapidamente a Portotorres; anche la *facies* malarica è scomparsa da quelle popolazioni; risultati questi che superano tutte le aspettative.

Un altro elemento deve essere considerato, quando si voglia portare l'attuazione della lotta antimalarica nel campo pratico, ed è quello del *costo* di tale lotta. Sotto questo punto di vista, è necessario distinguere le stazioni in cui l'esperimento aveva scopi scientifici, da quelle dove era esclusivamente indirizzato alla pratica. Come è ovvio, nelle prime le spese furono molto più rilevanti, ma queste non vanno prese globalmente in considerazione quando si intenda applicare praticamente il metodo. Troviamo che la spesa è stata di L. 3,90 a 10,50 per testa della popolazione nei rispettivi paesi protetti; spesa esigua se si tenga presente che in essa sono compresi l'impianto, l'amministrazione e direzione scientifica, la lotta antilarvale e la chininizzazione; è questa che, nelle stazioni di lotta pratica, assorbe il maggior contingente delle spese (anche il 58 % del totale); sicchè le aliquote toccano i limiti più bassi dove la chininizzazione non è stata fatta. Ad ogni modo, la chininizzazione è una spesa che col tempo tende a ridursi a zero.

È stato detto che il metodo non è generalizzabile; ma in realtà non sono palesi gli ostacoli che esso potrebbe incontrare per un impiego su larga scala.

Invece un'obbiezione a cui mi sembra opportuno accennare è quella riguardante le possibili intossicazioni arsenicali nelle località in cui si fa la profilassi (esclusi naturalmente gli spargitori, per i quali non esiste pericolo quando eseguano a dovere le operazioni). Calcolando a 20 il numero di volte in cui si sparge il verde, si ha un accumulo di 2 grammi per mq., quantità che andrebbe proporzionalmente aumentando negli anni successivi, con il continuarsi della lotta antilarvale. Se non che, Missiroli ed Hackett hanno dimostrato che il verde di Parigi viene rapidamente distrutto per azione di vari microrganismi, che lo volatilizzano, analogamente a quanto fanno le così dette muffe arsenofaghe.

Quando si compie lo spargimento per mezzo dell'aeroplano, il verde si deposita, oltre che sugli specchi di acqua, anche sulle erbe, sulle verdure, sugli alberi, ecc.; non è da escludere che possano derivarne intossicazioni di uomini od animali. Converrebbe quindi limitare tale modo di spargimento a terreni paludosi senza prati o coltivazioni eduli.

Più che un'obbiezione, è questo un quesito che sottopongo all'esame dei competenti, a cui certo non deve essere sfuggito.

Il nuovo metodo appare fecondo di risultati. Ad un osservatore superficiale, esso non apporta nulla di nuovo, trattandosi degli antichi concetti di lotta antianofelica e di bonifica umana. Ma la prima è ridotta a poche operazioni semplici e anche la bonifica umana viene ad essere portata nel campo pratico. Uno dei grandi pregi del sistema è lo studio accurato dei particolari, il che lo ha reso non solo efficace, ma di agevole esecuzione. Esso non persegue un sogno antibiologico irrealizzabile, qual'è quello della distruzione delle anofele; ma si contenta di ridurne il numero e di limitare, quindi, le infezioni ripetute; così pure esso è ben lungi dal voler tenere tutta una popolazione sotto l'incubo della chininizzazione perpetua, come si proponeva l'antico metodo della profilassi chininica dei sani; il chinino assolve il suo compito nella cura comune dei malarici, cura che diviene sterilizzante perchè si eliminano le infezioni ripetute; vengono ad esaurirsi quindi i serbatoi di virus. I due scopi si integrano ed i risultati ottenuti ne dimostrano i vantaggi.

Il lavoro di A. Missiroli contiene, inoltre, molte osservazioni pregevoli, specialmente sulla biologia delle anofele, sulla tecnica della colorazione col Giemsa, ecc.

***

Ci sembra che i metodi adottati dall'A. orientino la lotta antimalarica verso un'applicazione realmente pratica. Essi: 1) mettono in linea molto secondaria il *diserbamento* e le piccole sistemazioni idriche che, col costo attuale della mano d'opera, risultano molto onerose; il diserbamento è stato eseguito soltanto in 3 su 10 stazioni ed in misura assai ridotta; 2) possono usarsi contemporaneamente alle operazioni di bonifica idraulica

ed agraria, che essi integrano; 3) sono di applicazione agevole e non esigono la cooperazione delle popolazioni (come accade per le protezioni meccaniche e per la profilassi chininica dei sani); 4) esimono dalla caccia alle alate che nella *profilassi generale* è inattuabile, costosa (fumigazioni) e, come ha dimostrato l'A., anche inefficace; 5) sono attuabili con spesa modesta.

È quindi da augurarsi che dall'esperimento si passi all'applicazione pratica in grande. Sotto una buona direzione scientifica, attive squadre di tecnici potrebbero concentrare i loro sforzi in una determinata zona abbastanza vasta. Calcolando 10 lire a testa (ed è un massimo) il costo delle operazioni, con la spesa di un milione si potrebbe portare il risanamento in una zona di 100.000 abitanti ed, in condizioni favorevoli, di 200.000. Sarebbe un coraggioso tentativo, a cui non mancherebbe certo il successo e che potrebbe preludere al totale debellamento della malattia, che tanto pesa ancora sul nostro paese.

FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

A. CASTIGLIONI. *Storia della medicina.* Società editrice « Unitas », Milano.

Mancava finora in Italia un trattato completo ed organico che esponesse la storia della medicina in tutti i luoghi ed in tutti i tempi. Questo del Castiglioni colma la lacuna in modo veramente degno.

Abbondano gli studi d'indagine storica, le esposizioni critico-narrative di singoli periodi della storia della medicina, v'è qualche testo istituzionale, che però ha il difetto di trascurare quel periodo, l'ottocento, nel quale il progresso della scienza medica raggiunse i massimi fastigi, ma mancava un trattato che partendo dai tempi più remoti esponesse lo sviluppo della medicina fino ai giorni nostri.

Questo del Castiglioni oltre a questi meriti ha quello di porre in giusto rilievo l'opera degli italiani spesso ignorata, quasi sempre trascurata o consapevolmente svalutata per quel che riguarda i tempi più vicini ai nostri.

Non è senza un senso intimo di commozione o di compiacenza che si leggono i capitoli riguardanti la storia della medicina del secolo XIX e del principio del XX.

Il Castiglioni senza esclusivismi nazionali espone l'enorme sviluppo della medicina in quel periodo, al quale contribuirono egualmente tutte le nazioni civilizzate, e mette bene in rilievo senza esagerazioni e senza enfasi l'apporto degli scienziati italiani, apporto senza dubbio notevolissimo e talvolta decisivo.

Il libro pertanto varrà anche a tener viva nella memoria degli italiani la memoria dei nostri grandi, perchè questi siano degnamente onorati.

E sia qui lecito rilevare che proprio in questi giorni la Francia ha tributato solenni onoranze a Villemin, che è indicato come colui che fu il primo ad asserire la contagiosità della tubercolosi. Forse pochi sanno in Italia che un anatomopatologo napoletano, Luciano Armanni, nel 1872 precorrendo la moderna tecnica batteriologica dimostrò con geniali quanto semplici esperimenti la virulenza e la specificità delle sostanze caseose tubercolari.

Molte di simili rivendicazioni contiene il libro del Castiglioni; abbiamo citato il caso dell'Armanni perchè ce ne ha dato motivo la recente esaltazione di Villemin.

Questa storia della medicina non è un'arida esposizione di fatti, un elenco di nomi: con profondo spirito filosofico ed artistico il Castiglioni sa cogliere i riferimenti tra la vita dei popoli e la scienza medica, e le loro reciproche influenze. In fondo la storia della medicina non può essere, non è che l'esposizione critica dello sviluppo della medicina nella storia umana, ed essa non può essere studiata senza una profonda conoscenza della scienza medica e della storia. Il Castiglioni è padrone dell'una e dell'altra, e sa valersi di questa padronanza cogliendo le parti sostanziali, quelle che più interessano, quelle che più hanno influito sul progresso della scienza e sull'evoluzione umana.

Ricco di figure, di ritratti di scienziati insigni di tutte le epoche, di riproduzioni di opere artistiche con riferimenti medici, questo libro allestito in splendida veste tipografica, avrà di certo un ottimo successo. Esso in effetti dovrebbe figurare nella biblioteca di ogni medico italiano.

V. ASCOLI.

M. FLAMINI. *Manuale di Pediatria pratica.* III edizione. Un vol. in 8° di pag. 452, con 118 fig. L. Pozzi, ed. Roma, 1927. Prezzo L. 55.

Nel 1914, l'editore del « *Policlinico* » ebbe la felice idea di offrire ai propri abbonati un manualetto di Pediatria, redatto dal prof. Flamini. Scevro da trattazioni teoriche e ricco invece di consigli dettati dalla lunga pratica della specialità, il piccolo manuale dava a tanti medici, che pur non essendo pediatri hanno spesso occasione di curare dei bambini, la possibilità di apprendere molte utili nozioni sull'assistenza e sulla cura dei bambini. E largo fu il favore che esso incontrò.

Una nuova edizione accresciuta dello stesso manuale comparve nel 1921 ed ora, a distanza di

pochi anni, eccone una terza assai più ampia e particolareggiata, ma che della prima conserva l'impostazione e le caratteristiche.

Espone nella prima parte l'assistenza al bambino sano, accennando alle indispensabili nozioni di fisiologia e dando gli opportuni consigli di igiene generale specialmente per quanto riguarda l'alimentazione.

Esamina nella seconda parte la semeiotica e la terapia generale del bambino, mentre tratta nella terza la diagnosi e cura delle più comuni malattie dell'infanzia, integrando questa parte con la *posologia infantile*, in cui sono elencate anche molte specialità di uso comune nell'infanzia. È questa la parte a cui è stato dato il maggiore sviluppo, completando anche i capitoli sull'eziologia e l'anatomia patologica che nelle prime edizioni erano appena accennati: questa parte è stata accuratamente aggiornata con l'esposizione dei metodi più recenti (uso dell'anatossina nella difterite, del siero antiscarlattinoso, ecc.) per cui il libro può essere a giusto dritto considerato come l'ultima parola moderna per quanto riguarda le nostre conoscenze in fatto di pediatria pratica.

fil.

W. CIMBAL. *Die Neurosen des Kindesalters*. Urban e Schwarzenberg, Berlino, 1927.

L'importante argomento è svolto in modo profondo e completo. In singoli capitoli sono trattate le varie forme di manifestazione della neurosi, in modo piuttosto schematico. Con particolare cura sono trattate quelle neurosi, che minacciano di turbare i rapporti del bambino con la collettività (bambini che imparano difficilmente e bambini difficili ad educarsi). Capitoli molto elaborati trattano dei metodi di esame dei bambini nervosi, della cura medicamentosa e della cura pedagogica.

POLLITZER.

TH. V. JASCHKE. *Physiologie, Pflege u. Ernährung des Neugeborenen*. Monaco, edit. J. F. Bergmann, 1927.

È la 2ª edizione del libro dell'ostetrico tedesco. L'interessante argomento della fisiologia del neonato è trattato diffusamente, in tutti i suoi particolari. I capitoli che principalmente interessano il medico pratico (cura del neonato, alimentazione, assistenza al prematuro, disturbi della nutrizione) passano un po' in seconda linea di fronte all'ampia ed esauriente trattazione degli argomenti di carattere teorico e scientifico.

Perciò il libro di v. Jaschke sarà più utile agli studiosi che non ai medici pratici; è da raccomandarsi caldamente a chi voglia approfondire le sue conoscenze sulle particolarità fisiologiche del periodo neonatale.

POLLITZER.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Il XVIII Congresso Nazionale di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica.

(Milano, 3-6 ottobre 1927).

Alla seduta inaugurale, tenutasi al Castello Sforzesco, parlarono il prof. L. DEVOTO, quale Presidente Generale dell'Associazione Italiana di Idrologia; il prof. P. PICCININI, quale Presidente del Comitato organizzatore; l'on. prof. E. BELLONI, Podestà di Milano e Presidente onorario del Congresso, ed altri.

Le relazioni svolte furono due, e cioè: prof. A. VALENTI sul tema: *Il meccanismo di azione delle acque minerali da bagno*, che dette luogo ad ampia discussione scientifica; e prof. A. DA GRADI e dott. E. SILVANO sul tema: *Soggiorno dei tubercolotici nelle Stazioni climatiche*. La discussione che seguì, di carattere scientifico e pratico ad un tempo, si conchiuse con un ordine del giorno nel quale si invoca che il « Governo favorisca ed imponga in tutti i modi il sorgere nelle Stazioni Climatiche di Case di Cura e di Sanatori ».

Alla sera del primo giorno ebbe luogo una seduta con proiezioni, illustranti le Stazioni Idroclimatiche del Trentino, dell'Alto Adige e la Tripolitania dal punto di vista climatologico.

I lavori scientifici del Congresso riguardano tutti gli argomenti che alla Idrologia si riferiscono, nel campo chimico-fisico-igienico-biologico ecc.

Oltre le comunicazioni del prof. NASINI, riguardanti importantissimi argomenti di carattere generale (rappresentazione dei sali sciolti nelle acque minerali ecc.) e speciali (Alcune idee di Baudich; la catalisi ecc.) si ebbero comunicazioni di nuovi studi sperimentali da parte del prof. CASAGRANDI, (Azione dei bagni sulla produzione della leucobase gravidica; comportamento dei germigeni nella alimentazione idrica ecc.) del dott. F. PULLÈ, (Influenza delle acque di mare sulla rachitide) del dott C. GASPERINI, (Comportamento del fosforo urinario con la somministrazione di acque bicarbonato-calciche); mentre sono notevoli dal punto di vista clinico le comunicazioni del prof. DEVOTO, CATTANEO, CARRERAS, ecc.; da un punto di vista farmacologico quelle del prof. MARFORI, GUIDO MARIA PICCININI, ecc., da un punto di vista didattico quella del dott. BURGONZIO.

Si ebbero anche ottime comunicazioni nel campo della climatologia e talassoterapia, della elioterapia, della diatermia, della radioterapia, ecc.

Gli Atti, di prossima pubblicazione, dimostreranno quanto ampio e proficuo sia stato il lavoro svolto da questo Congresso, sotto il duplice aspetto, scientifico e pratico.

In una seduta del Consiglio Direttivo Generale della Associazione vennero proclamati, fra l'altro, i vincitori dei premi sia del Concorso storico idrologico su Terme Romane (dott. BOTTO MICCA di Torino, dott. A. SGOBBO di Napoli, dott. BERGONZI di Milano), sia di quello sulla fangoterapia (prof. S. PISANI di Acqui) e di altro, sulla climatologia del Garda (dott. G. SILVANO di Fa-

sano). Venne pure votato uno speciale plauso al periodico « Terme e Riviere », compiendosi il venticinquesimo anno di sua vita fattiva a favore della Idroclimatologia Italiana.

Sede del prossimo Congresso Idrologico Nazionale sarà Napoli.

IV Congresso della Società Italiana di Oftalmologia.

Il 3 dello scorso mese nell'Aula Magna della R. Università di Roma, si è tenuto il IV Congresso della S. I. d'Oftalmologia. Ha presieduto l'inaugurazione il prof. Della Vedova in rappresentanza del Ministro dell'Istruzione Pubblica e del Rettore. Facevano a lui corona il Presidente della Società, prof. Ovio, Direttore della Clinica Oculistica di Padova, il comm. Messea, Direttore Generale della Sanità del Regno, il comm. Oxilia, in rappresentanza del Governatore di Roma, il prof. Ilvento per la Croce Rossa, il comm. Ricci, in rappresentanza del generale Galligaris, Direttore Generale della Sanità Militare, il prof. Fioretti, Segretario del Sindacato Medico Fascista e Presidente dell'Ordine dei Medici di Roma e Provincia, il prof. Petella, generale medico di Marina, il prof. Valenti, in rappresentanza del Direttore dell'Ufficio d'Igiene di Roma ed altre numerose personalità in rappresentanza di vari enti ed istituzioni civili e militari e della Facoltà Medica.

Il prof. DELLA VEDOVA prese per il primo la parola, portando il saluto inaugurale, a nome del Ministro e del Rettore. Disse che la Società Italiana coi suoi Congressi e colla pubblicazione degli Atti relativi, aveva segnato un'orma evidente nello sviluppo della Oftalmologia Italiana che non solo era stata apprezzata nei principali centri di studio italiani, ma anche in quelli stranieri, portando un efficace e geniale contributo alla Scienza Oculistica. Espresse l'augurio che la vita della Società possa svolgersi con regolare ritmo progressivo. Ricordò le medaglie d'oro di benemerenza date nell'occasione dei Congressi nei passati anni, ai proff. Francesco Falchi, Roberto Rampoldi, Erasmo Scimemi, Elia Baquis, Giuseppe Albertotti e Francesco Denti, a cui si aggiungevano quest'anno, altri due benemeriti degli studi Oftalmologici: il prof. Camillo Gallenga, Direttore della Clinica Oculistica di Parma e Rettore Magnifico di quella Università ed il prof. Domenico Basso di Genova. I proff. Gallenga e Basso risposero con commosse parole, ringraziando la Società Italiana di Oftalmologia per l'ambita distinzione, di cui aveva voluto insignirli.

Conferì anche il premio al dott. Fileti, vincitore del premio Nazionale Cidonio e la medaglia d'oro al dott. Candian Ferruccio per il premio degli Annali d'Oftalmologia e Clinica Oculistica.

Seguì il discorso del prof. OVIO, presidente della Società It. di Oftalmologia. Si rallegrò coi Soci per il loro numeroso intervento e per il grande numero di comunicazioni scientifiche annunziate, che provano l'elevamento culturale della nostra Nazione voluto dal Duce. Ricordò come la Società It. di Oftalmologia abbia vivificato l'antica Associazione Oftalmologica, che per circa due lustri aveva cessato di funzionare. Informò i Soci che i rappresentanti inviati all'Aja per la preparazione del Congresso Internazionale, che sarà svolto ad Amsterdam nel 1929, hanno ottenuto che la lingua italiana sarà ammessa sia per le Comunicazioni che per i sunti ed i resoconti e dippiù lui stesso era stato prescelto a far parte del Consiglio Internazionale ordinatore composto di otto membri. Ricordò infine alcuni soci morti. Lesse parecchi telegrammi di adesione, ma primo fra tutti, accolto da vivi applausi, quello del Ministro Fedele che diceva: « Mi spiace che, per impegni inerenti al mio Ufficio non mi sia possibile partecipare seduta inaugurale IV Congresso Oftalmologia. Stop. Ringrazio per cortese invito rivoltomi ed informola che Rettore Università Roma mi rappresenterà cerimonia. Stop. Ministro Istruzione: Fedele ».

Alla assemblea dei Soci fondatori ed ordinari fu nominato il nuovo Comitato esecutivo nelle persone dei proff. Ovio Giuseppe, Presidente; Gallenga Camillo, Denti Francesco, De Berardinis Domenico, Roselli Romeo, Segretario.

Nella prima seduta fu svolta la Relazione ufficiale sull'« Infortunistica oculare » dal prof. PARDO di Genova « Sul valore del visus in rapporto cogli altri componenti la funzione visiva nell'infortunistica oculare » e del prof. RICCHI di Bologna « Sulla valutazione delle diminuzioni del visus da infortunio sul lavoro ». A cui presero parte molti Soci fra cui i proff. BORGHI, RICCI, COZZOLI, BASSO, DE BERARDINIS ed altri.

Varî altri importanti argomenti furono trattati nelle altre sedute sia di Ottica Fisiologica che di malattie delle varie parti dell'occhio, ma degne di nota speciale furono le Comunicazioni dei prescelti fra i concorrenti ai varî Premi indetti dalla Società, e primo fra tutti quella del dott. Poos di Münster « Sulla fisiologia e farmacologia degli organi muscolari lisci dell'occhio » per il Premio Cirincione di lire ventimila, a lui assegnato.

Anche il dott. MONTALTI, vincitore del Premio Cidonio di lire settemila comunicò il suo lavoro « Sulle eminenze bigemine anteriori dell'occhio » presentando una lunga serie di ottimi preparati da lui eseguiti.

Seguì il dott. NICHELATTI di Salò, vincitore del Premio Valenti colla Comunicazione « Le radiazioni infrarosse nella terapia di alcune affezioni congiuntivali e in particolare del tracoma ».

Anche importante fu la Comunicazione del dott. CASTELLO, vincitore del Premio Cozzoli col lavoro « Contributo allo studio del reticolo endoteliale dell'occhio » corredato da numerosi preparati istologici.

Sarebbe troppo arduo riportare tutte le Comunicazioni presentate in questo interessante Congresso, oltre cento comunicazioni, che verranno pubblicate come negli anni antecedenti, negli Atti del Congresso i quali riescono sempre a formare un grande ed importantissimo volume ed un'affermazione della Scienza Oculistica Italiana.

Prof. ROSELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

La base anatomo-patologica della sindrome parkinsoniana postencefalitica.

Dall'esame della letteratura riguardante il parkinsonismo postencefalitico, risulta che in questo la « substantia nigra » è lesa in maniera grave e costante; per cui la maggior parte degli autori ritiene che la sindrome parkinsoniana sia dovuta alla lesione di tale zona cerebrale.

Da una breve esposizione delle recenti vedute anatomiche riguardanti la « substantia nigra », D. Mc. Alfine (*Brain*, vol. 49, n. 4, 1926) mette in evidenza come questo nucleo sia connesso con altri centri al disotto e al disopra, tra i quali il più conosciuto è il globo pallido.

L'A. descrive poi il reperto istologico di un caso di encefalite acuta, e paragona la distribuzione delle lesioni negli stati acuti della malattia con quelle riscontrate nella sindrome parkinsoniana. Risulta da tale paragone che, sebbene il processo infiammatorio sia inizialmente diffuso e in special modo a carico dei gangli della base, della regione subtalamica e del mesencefalo, purtuttavia, qualunque sia la fase considerata della malattia, è smpre il mesencefalo e specialmente la « substantia nigra » che di regola sono più affette.

Nel lavoro si descrivono i reperti istologici in 8 casi di Parkinsonismo, e da questi risulta pure come gli unici gruppi di cellule lese siano quelli della « substantia nigra ».

In tutti i casi si ritrovarono alterazioni infiammatorie subacute, specialmente marcate nel mesencefalo, anche allorquando la durata della malattia superò i 12 mesi.

La persistenza del processo infettivo spiegerebbe il periodo di latenza che può intercorrere in qualche caso tra la malattia e la comparsa del parkinsonismo, supponendo che la « substantia nigra » sia poco affetta in primo tempo.

In questa regione la gliosi appare specialmente marcata nelle aree prive di cellule, e, in minor grado, nella sostanza grigia intorno all'acquedotto. I gangli della base, ed in particolare il globo pallido, non mostrarono alterazioni degne di nota.

In tre casi si ritrovò invece una lesione monolaterale netta nel « locus coeruleus ». Le cellule normali di tale nucleo, pur contenendo un pigmento simile, non rassomigliano a quelle della « substantia nigra », essendo più rotonde; presumibilmente, quindi, l'attività funzionale delle due formazioni è differente.

Si potrebbe quindi ritenere che una lesione del « locus coeruleus » non provoca nessuno dei fenomeni notori caratteristici del parkinsonismo postencefalitico, potendo tuttavia essere la causa di altri sintomi attribuiti al sistema vegetativo.

M. FABERI.

Le meningiti pseudotubercolari.

Esistono nella bibliografia circa 200 casi di meningiti tubercolari guarite, e nei quali manca ogni prova batteriologica. Invece la diagnosi di m. tbc. dovrebbe sempre essere basata su prove batteriologiche positive, o autopsie; per i casi di guarigione si deve almeno, per provarne la natura, ricorrere a prove batteriologiche o inoculazioni su animali. Walgren (*Acta Med. Scandinava*, vol. 65, n. 5-6, 1927) cita a sostegno di questa tesi sette osservazioni personali.

CASO I. — Bambina di 13 anni in cui sotto apparenze tubercolari si aveva una meningite sifilitica. (Anamnesi e miglioramenti con cura specifica): la ereditarietà tubercolare spiega la morte consecutiva a un secondario idrocefalo interno.

CASO II. — Bambina decenne con tbc. latente, sorge meningite acuta a decorso benigno, sulla base di ereditarietà luetica, che guarì con cura antisifilitica.

CASO III. — Bambino di 18 mesi, pertosse che si complica con meningite. Esiste adenopatia peritracheobronchiale tubercolare. Si inizia miglioramento che si afferma dopo una cura di sanocrisina. La guarigione finale fa indurre all'A. che la forma meningea non fosse tubercolare.

CASO IV. — Bimbo di 14 anni tubercoloso, compare una meningite a esito in guarigione, che era dovuta con tutta probabilità alla parotite epidemica di cui era ammalato un fratello del P. (Gli AA. francesi ammettono come frequente nella parotite epidemica forme di meningiti sierose: N. d. R.).

CASO V. — 5 anni e mezzo: compare meningite, l'esame del liquor ne esclude la natura tubercolare, pure presentando il bimbo adenopatia specifica. Questo caso si deve avvicinare al precedente, regnando nello stesso periodo una epidemia di parotite epidemica.

Altri casi. — L'A. cita altri 2 casi di non notevole interesse nei quali esistevano segni clinici di tubercolosi, e fenomeni di meningite mentre la natura tubercolare di questa manifestazione morbosa si dovette escludere e per la negatività dell'esame batteriologico e per il decorso ulteriore favorevole.

L. TONELLI.

Disturbi epilettoidi e vertigini dei dispeptici.

R. A. Gutmann (*La Presse médicale*, 25 giugno 1927) durante l'esame radiologico di un individuo osservò lo sviluppo d'un accesso epilet-

tico finito poi con cefalee e vomiti. Durante l'accesso, il polso era a 30 e solo in seguito risalì a 40 e poi a 54. Si trattava di un vagotonico, soggetto a nausee, a vertigini, con pollachiuria, senza alcuna anomalia clinica nè sierologica, che non ebbe mai crisi comiziali, nè equivalenti e che non ne ebbe nemmeno in seguito all'operazione eseguita tre giorni dopo l'accesso per aderenze fra appendice e cieco.

La crisi epilettica appare quindi come un episodio isolato, in rapporto con un polso lento, determinato a sua volta dalla pressione sopra una appendice infiammata.

Il rallentamento parossistico del polso nelle affezioni gastro-intestinali non è raro, mentre d'altra parte esso può determinare dei disturbi epilettoidi od equivalenti; crisi coliche, con stati lipotimici e sincopali e con riflesso oculo-cardiaco positivo.

Alla bradicardia, l'A. attribuisce anche le vertigini, che sono tanto frequenti nei gastropazienti e specialmente negli individui affetti da disturbi dell'intestino, dell'appendice, della cistifellea, del fegato. La grande maggioranza di essi appartiene ai vagotonici, che in patologia digestiva sono assai più frequenti che non i simpaticotonici.

L'A. consiglia quindi, in tutte le manifestazioni convulsive, sincopali ed anche vertiginose dei malati del tubo digerente, di esplorare il ritmo cardiaco che, molto spesso, si troverà alterato nel senso indicato.

fil.

TERAPIA.

Variazioni di intensità dell'azione dell'insulina nel diabete e casi di insulinoresistenza.

L'azione dell'insulina è generalmente costante nello stesso soggetto, e la quantità di idrati di carbonio che viene metabolizzata da una unità è generalmente tra un grammo e un grammo e mezzo, giungendo in rari casi ad oltre due grammi e mezzo.

Ma vi sono alcuni casi in cui l'azione dell'insulina è scarsa o nulla, e A. Luttichaii (*Bull. delle Sc. Med.*, 1927, marzo-aprile) ne ricorda alcuni suoi, ed altri della letteratura, nella maggio parte dei quali vi erano disfunzioni pluriglandolari o stati settici gravi.

In questi casi non si trovano nel siero di sangue sostanze che neutralizzano in vita l'insulina.

L'A. ha osservato che l'insulina viene inattivata dal pus e dal filtrato di pus, in vitro, e in vivo, se iniettata insieme con essi: se le iniezioni si fanno separatamente non si ha inattivazione. Anche i leucociti del sangue di individui con suppurazione in atto diminuiscono l'attività dell'insulina.

L'A. consiglia, negli stati settici, le iniezioni di insulina endovenosa, debitamente frazionate.

Viola osserva però che generalmente oggi si ritiene che un diabete insulino-resistente non è un diabete di origine pancreatica: in parecchi casi vi sono alterazioni o disfunzioni tiroidee, ipofisarie, surrenali. La glicosuria delle gravide non suole cedere all'insulina, ma bensì all'opoterapia ovarica.

In qualche caso con l'insulinoterapia rimane una lieve glicosuria ribelle, che suole scomparire con un migliore frazionamento delle dosi.

Allievi del Minkowski hanno osservato che iniettando per via endovenosa negli animali pus e insulina, manca l'azione ipoglicemizzante: essa persiste se il pus è stato prima portato a 80°: sembrerebbe dunque confermato anche da questi esperimenti che i fermenti dei corpuscoli di pus inattivano l'insulina.

A. Luttichaii ricorda poi un caso in cui somministrando piccole dosi di insulina (5 unità) come medicamento anabolico in individuo non diabetico, vide comparire glicosuria senza chetonuria, scomparsa sospendendo l'insulina. Una reazione paradossa si spiega forse con l'eccitamento di ghiandole ad azione antagonistica.

DORIA.

L'insulina nella terapia ingrassante.

Scimone (*Rivista di Clinica medica*: giugno 1927) ha esperimentato in alcuni casi il metodo di terapia ingrassante a base di insulina, terapia introdotta in pediatria, in casi di atrepsia da AA. americani e seguita per scopi analoghi da vari altri osservatori, in una serie di stati caratterizzati da dimagramento.

I sei pazienti dello Scimone erano curati ambulatoriamente con dosi moderate di insulina (due iniezioni al giorno di 5 U. con graduale aumento fino 3 iniezioni quotidiane di 10-15 U. ciascuna) e per lungo tempo. In un solo caso ed in particolari condizioni si ebbero sintomi di ipoglicemia.

In tutti l'aumento di peso del corpo è stato costante e progressivo benchè più lento che negli altri AA.: non fu mai accusato senso di sete, ma costante aumento dell'appetito fin dal primo, secondo giorno di trattamento, aumento dell'appetito non accompagnato da sensazioni spiacevoli. I sintomi denotanti disfunzione dell'apparato digerente scomparvero come regolarizzate furono le condizioni dell'alvo ove fosse preesistita stitichezza. Seguendo con ripetute misurazioni il ricambio basale dei soggetti fu possibile constatare una costante diminuzione di esso: non furono osservate variazioni apprezzabili nei valori della glicemia a digiuno nè in quelli della riserva alcalina. Gli elementi che ci possono aiutare nell'interpretazione dei fatti osservabili con la te-

rapia insulinica nei magri in studio, sono multipli, maggiore ingestione di sostanze alimentari, modificazioni delle condizioni della funzionalità gastrica, quali l'evacuazione e la motilità gastrica, antagonismo pancreas-tiroideo ecc. ecc. Una parte importante è forse anche da attribuirsi all'aumentata imbibizione dei tessuti forse proporzionata alle riserve degli alimenti che si vanno costituendo nell'organismo.

MONTELEONE.

Ai numerosi coefficienti determinanti l'ingrassamento « insulinico » mi pare opportuno aggiungere quello espresso da un aumento dell'attività tripsinica, amilolitica, lipolitica del pancreas che consegue con tutta probabilità alla iniezione dell'insulina, aumento che porta a risultati non dubbi sul ricambio dei tre gruppi di sostanze-basi alimentari. Questa accentuata attività della secrezione esterna pancreatica sotto l'azione dell'insulina è stata sperimentalmente da me dimostrata nell'uomo (« I Problemi della Nutrizione », 1925) e da Grott negli animali. *M.*

La reazione ipoglicemica e le psicosi insuliniche.

Oppenheimer (*Medizinische Klinik*, 1927, n. 30) rileva che i disturbi più gravi d'ipoglicemia in seguito al trattamento insulinico si verificano prevalentemente nei casi di diabete complicati con tubercolosi, infezioni acute, gangrene ed in occasione d'interventi chirurgici.

I disturbi ipoglicemici sono quasi sempre di natura nervosa e si distinguono in due gruppi: 1) sintomi cerebrali a focolaio a carico del corpo striato (rigidità, fisonomia a maschera, sindrome parkinsoniana, perseverazione, alterazioni della mimica, riso e pianto spasmodico) o a carico della corteccia (afasia motoria, aprassia); 2) sintomi psichici, come stati isteriformi, schizoidi, maniaci, confusionali o soporosi simulanti il coma diabetico.

Questi disturbi, che possono accompagnarsi anche con disordini a carico del sistema vegetativo (sudori, palpitazioni, bulimia) compaiono di solito 3-8 ore dopo l'iniezione, durano poco, sono seguiti da amnesia completa, e scompaiono subito con l'ingestione di alimenti zuccherati.

Si possono avere anche disturbi oculari (diplopia, nistagmo), vertigini, incontinenza d'urina, areflessia.

Non sempre questi disturbi sono legati ad un tasso glicemico basso, e talvolta si possono verificare stati ipoglicemici senza reazioni cliniche

In effetti più che dall'ipoglicemia presa in senso assoluto le crisi sono determinate dall'improvviso abbassamento della glicemia.

DR.

SEMEIOTICA.

La prova dell'iperglicemia provocata nella diagnosi di cancro delle vie digerenti.

P. Le Noir, A. Mathieu de Poney, R. Goiffon (*Presse méd.*, 14 maggio 1927) concludono che tale prova non ha valore diagnostico, poichè, all'inizio l'iperglicemia manca, poi diviene evidente in una metà circa dei casi, poi, durante la cachessia, viene di nuovo a mancare. Riconoscono che l'iperglicemia (a digiuno o provocata) è più alta nei tumori degli organi interni che in quelli cutanei. Essa è spesso presente anche nelle ulceri gastriche o duodenali.

La prova potrebbe avere un valore prognostico in quanto un tumore che si accompagna ad iperglicemia, escluse le altre cause di questa, non è più allo stadio iniziale. DORIA.

La reazione di Wassermann e quella di flocculazione nel latte di donne luetiche.

P. Haekemann (*Münch. med. Wochens.*, 1926, n. 19), per utilizzare il latte per le reazioni di flocculazione che richiedono un liquido assolutamente limpido, lo ha filtrato attraverso Berkefeld, procedimento che attenua solo lievemente i risultati positivi.

Fra le donne che allattavano, 24 avevano Wassermann positiva nel sangue e così pure nel latte; 5 con Wassermann negativa nel sangue, la diedero positiva nel latte; 4 la diedero negativa sia nel sangue che nel latte. Le tre donne che non allattavano avevano la reazione positiva nel sangue come nel latte. Quasi tutte avevano avuti trattamento antiluetici nella gravidanza e nel puerperio.

Le reazioni di flocculazione diedero risultato meno attendibili e mutevoli. *fil.*

VARIA.

I medici e il tennis.

In Italia i medici si interessano mediocremente di sport. La prova non discutibile è offerta dal silenzio quasi completo tenuto dai giornali medici italiani in materia di educazione fisica, di rapporti tra esercizio fisico e funzionalità organica, tra sport e malattie.

Ben inteso si può non desiderare le esagerazioni (non mancano paesi nei quali vi sono medici specialisti in... sport) e gli inutili perditempi: ma se pure con armonia di rapporto, si può desiderare onestamente che l'atletico rivolga talora l'attenzione allo sport. Non foss'altro per il fatto che deve consigliarlo con conoscenza di cause ai clienti.

Per questo è bene porre innanzi la importanza funzionale ed educativa di uno sport che da noi è alla sua alba, ma per il quale non può mancare il trionfo della generalizzazione. Intendo parlare del tennis.

Il tennis non è popolare in Italia: però comincia ad avere le sue brave schiere organizzate, e la Federazione italiana novera oggi diecimila iscritti. Non molti invero se paragonate alle schiere degli altri paesi: molte se raffrontate agli scarsi giuocatori di pochi anni sono.

Il tennis comincia anche ad avere una buona stampa e una tribuna eloquente: e il Governo non manca di considerarlo così come esso merita di essere considerato.

***

I preconcetti contro il tennis sono un po' sentimentali. Si è creduto che interessasse per snobismo: mentre l'interesse è diretto e derivato dal fatto stesso che esso merita per la sua essenza ogni riguardo.

La sola obbiezione è che il tennis rappresenta un giuoco un po' costoso per esigenze di area, di orizzontalità, di reti, ecc. Le madri di famiglia aggiungono che esso ha pure esigenze di abiti e di scarpe: ma si comprende che si può giocare al tennis senza seguire il figurino.

Per contro i vantaggi reali di questo esercizio fisico sono veramente notevoli. Esso permette anzitutto una serie complessa di movimenti, senza determinare un eccessivo senso di stanchezza, senza brutalità. È nello stesso tempo esercizio di attenzione, di agilità e di forza: e Ippocrate (il quale ha dato l'esempio del come un medico si possa interessare con intelletto d'amore agli esercizi fisici) lo avrebbe collocato tra gli esercizi che « assottigliano e fan forti i muscoli ».

Su altri esercizi: come il foot-ball presenta il vantaggio di non esporsi a lussazioni, a violenti corpo a corpo. Sulla palla (pallone-toscano), presenta altro vantaggio: rende possibile un più lungo periodo di gioco ed è di mezza agilità.

Inoltre dimostra nella sua essenza stessa alcune note di buon congegnamento le quali spiegano come abbia potuto interessare con larghezza. Si direbbe che esso è il più fortunato tra gli sport, poichè se non vede le folle rumorose dei partecipanti al foot-ball, ha però cultori in tutto il mondo.

Altro vantaggio, non denegabile del tennis è quello di poter essere giuocato in tutte le età: il che non costituisce davvero un piccolo elogio. È bensì vero che da noi gli adulti non lo giuocano: ma nei paesi anglo-sassoni l'esempio di giuocatori anche vecchi è frequentissimo.

Infine non è facile trovare un altro esercizio fisico che permetta la contemporanea partecipazione dei due sessi, stabilendo nella tramatura stessa del giuoco una certa armonia di rapporto tra la forza maschile e l'agilità femminile.

Questa fortunata condizione stabilisce per così dire la ragione prima della superiorità sociale del tennis, e lo renda l'esercizio fisico più adatto alla vita sociale.

Chi non conosce e non ha provato questo esercizio può credere che esso sviluppi in scarso grado i muscoli e richiegga una mediocre manifestazione di energia muscolare. Ma è indubbiamente erroneo apprezzamento di gente non pratica. In verità basta provare qualche volta per comprendere come anche la forza abbia la sua parte nel tennis.

Del quale non si può tacere un'altra caratteristica: la intrinseca eleganza che obbliga a contemperare armoniosamente (così come in nessun altro giuoco si osserva) l'agilità e la forza. Si direbbe che per sua natura esso è l'esercizio euritmico per eccellenza; giuoco di eleganza e di movimenti adatti a tutte le età per entrambi i sessi, e fatto per render possibile un giuoco continuato senza rapidi esaurimenti.

Si era detto che il tennis non è adatto al temperamento latino, ma l'esame anche più modesto dei movimenti che costituiscono il giuoco dimostra l'errore di una così fatta affermazione. E se non bastasse l'esame dei tempi di giuoco, la persuasione dovrebbe nascere dal fatto che in Francia i giuocatori in pochi anni si sono moltiplicati a dismisura dando campioni mondiali.

Oggi in Italia ci si comincia a ricredere intorno ai giudizii affrettati e pessimistici sul tennis. I fatti dimostrano che ci si può appassionare al tennis anche in Italia.

A Milano — per citare un esempio — i campi di tennis sono diventati dozzine e sono affollati sempre, e ogni mese aumentano. Perfino nell'Italia meridionale l'interessamento si fa notevole.

La Federazione tennistica italiana novera soltanto 10.000 iscritti: pochi in confronto ai 40.000 francesi e ai 70.000 tedeschi, ma molti per coloro che riflettono al pessimismo che tutti avevano sulla possibile democratizzazione del tennis.

I medici che meglio di ogni altro sono in grado di valutare il contenuto buono dei diversi esercizi fisici non possono non ssere propagandisti e sostenitori di questo ottimo sport, equilibrato, vivace, elegante, accontentante sotto ogni aspetto, e debbono raccomandarlo come uno degli esercizi più euritmici anche dal punto di vista fisiologico.

E. BERTARELLI.

(Dal *Pensiero Medico*, 20 settembre 1927).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

Disciplina delle arti sanitarie ausiliarie.

(Legge 23 giugno 1927, n. 1264, *Gazz. Uff.* 1 agosto, n. 176).

Art. 1. — Chiunque intenda esercitare le arti dell'odontotecnico, dell'ottico, del meccanico-ortopedico ed ernista e dell'infermiere, compresi, in questa ultima categoria, i capi bagnini degli stabilimenti idroterapici ed i massaggiatori, deve essere munito di speciale licenza ed aver raggiunto la maggiore età.

I limiti e le modalità di esercizio delle singole arti saranno determinati dal regolamento, da emanarsi di concerto tra i ministri per l'interno e per la pubblica istruzione, per la esecuzione della presente legge.

Art. 2. — Con regi decreti, da emanarsi su proposta del ministro per la pubblica istruzione, di concerto col ministro per l'interno, saranno istituiti corsi di insegnamento pel rilascio delle licenze di cui al precedente articolo.

Art. 3. — Chiunque, non trovandosi in possesso della licenza o dell'attestato di abilitazione, di cui rispettivamente agli articoli 1 e 6, esercita una delle arti contemplate dalla presente legge è punito con la multa da L. 200 a L. 500.

In caso di recidiva, la pena è della detenzione da 15 a 30 giorni e della multa da L. 500 a L. 1000.

Il materiale che servì o fu destinato a commettere il reato è confiscato.

In attesa della decisione dell'autorità giudiziaria, il Prefetto della provincia può ordinare la chiusura del locale nel quale l'arte sia stata abusivamente esercitata e il sequestro del materiale.

Art. 4. — Alle pene di cui al precedente articolo soggiace anche chi, essendo regolarmente autorizzato all'esercizio di una delle professioni sanitarie o di una delle arti ausiliarie contemplate dalla presente legge, presta comunque il suo nome ovvero la sua attività, allo scopo di permettere o di agevolare il reato di cui all'articolo stesso.

La condanna ha per effetto la sospensione dall'esercizio della professione sanitaria o dell'arte ausiliaria per un periodo di tempo uguale a quello della pena inflitta.

Art. 5. — Le contravvenzioni alle disposizioni del regolamento, in quanto non costituiscano reati già contemplati dalla presente o da altre leggi, saranno punite coll'ammenda da L. 100 a L. 200.

Art. 6. — Coloro che, alla pubblicazione della presente legge, abbiano esercitato abitualmente e direttamente da almeno due anni le arti e le specialità contemplate all'art. 1, saranno ammessi, entro un anno dalla entrata in vigore della legge, a dare una prova di idoneità innanzi ad una commissione esaminatrice, secondo le norme che verranno stabilite nel regolamento di cui all'articolo 1°, di intesa tra i ministri per l'interno e per la pubblica istruzione.

Il certificato di idoneità conseguito abiliterà alla continuazione dello esercizio.

Potranno, tutavia, essere ammessi alla prova di idoneità, per l'arte di infermiere, anche senza aver compiuto il prescritto biennio di servizio, coloro che dimostrino di avere seguito i corsi per infermieri di bordo, indetti dal ministero dell'interno, e superati i relativi esami.

La disposizione di cui al precedente comma è applicabile, su conforme parere, da esprimersi, caso per caso, dal medico provinciale, anche a coloro che dimostrino di avere seguìto i corsi per infermieri indetti da istituti ospedalieri e di aver superati gli esami relativi.

Art. 7. — Le amministrazioni ospitaliere potranno provvisoriamente mantenere gli infermieri attualmente in servizio, anche se sprovvisti della licenza o dell'attestato di abilitazione di cui rispettivamente agli art. 1 e 6.

Nel termine di nove anni dalla pubblicazione della legge, però, anche tale personale dovrà munirsi della licenza o dell'attestato suddetti.

Nulla è innovato alle disposizioni del regio decreto 15 agosto 1925, n. 1832, convertito in legge 18 marzo 1926, n. 562, concernenti le caposale degli ospedali.

Art. 8. — Fino a quando non saranno istituiti i corsi di cui all'art. 2. sarà in facoltà del Ministro per l'interno, di concerto col ministro per la pubblica istruzione, di indire nuove sessioni di esami di idoneità per gli infermieri di cui al precedente articolo e per coloro i quali, al momento in cui gli esami vengono indetti, abbiano un tirocinio di almeno quattro anni nell'arte che intendono di esercitare.

Art. 9. — Le licenze e gli attestati di abilitazione, che verranno rilasciati ai sensi degli art. 1 e 6, saranno soggetti alla tassa di concessione governativa nella seguente misura:

a) per le arti dell'ottico, del meccanico-ortopedico ed ernista, L. 50;

b) per gli odontotecnici e per gli infermieri, compresi i massaggiatori e i capi bagnini degli stabilimenti idroterapici, L. 30.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Dottore, vorrei un certificato!

Or è qualche mese fu tenuto in Campidoglio un congresso modesto, non troppo rumoroso: *Il Congresso della Morale*.

In esso furono agitati a fondo, da competenti, molti dei problemi che presentavano attinenza coll'argomento enunciato, solo che questi problemi, esaminati un po' a distanza, ci appaiono, in genere, veduti per scorci, trattati per sintesi, in una parola, studiati un po' troppo in blocco.

E anzitutto, noi possiamo chiederci: è proprio esatto, in tempi, come i nostri di specializzazione, di differenziazione, di frammentarismo, quasi, venir a parlare di un *congresso della morale* o non sarebbe più giusto parlare di *congresso delle morali*, inquantochè, se pur vogliamo unico i' punto di partenza e quello d'arrivo, varissime sono le vie che vi possono condurre? Orrore, potrà obiettare alcuno! « La morale, almeno per una determinata civiltà e una determinata epoca, non si può non ammettere che non sia unica! Il dovere, per esempio, di rispettare la vita degli altri vale per tutti gli uomini e in tutti i mestieri. Altrettanto dicasi del dovere di rispettare la proprietà ». E così via. Errore. Errore colossale. Non vi sono due professioni, due mestieri, due occupazioni anche simili, in cui, per esempio, la parola ladro assuma il medesimo significato. L'onestà dell'albergatore non è mai stata l'onestà del cliente. L'onestà del cocchiere non somiglia all'onestà del pizzicagnolo. L'onestà del banchiere non è l'onestà dell'artista.

La parola furto indica, per il commerciante, l'atto mediante il quale lo svelto borsaiolo taglia la stoffa del suo soprabito, nel punto preciso in cui si trova il portafoglio... Ma non si applica mai alle contraffazioni chimiche, alle sostituzioni, alle sofisticazioni così indulgentemente toilerate nel commercio.

Uno chauffeur onesto sarà anche capace di riportare all'ufficio oggetti smarriti, un portafoglio dimenticato nella sua automobile. Ma chiedergli di non dare, in determinati casi, qualche opportuno colpetto al sensibile tassametro è chiedergli troppo. Vi sono cuoche incapaci di appropriarsi uno spillo; ma che considerano la *cresta* sulla spesa come un sacro diritto e vi son cameriere che non toccherebbero un soldo, ma che considerano la guardaroba della signora come proprietà comune. Vi son cassieri che scapperebbero volentieri colla cassa, ma che si considererebbero come irrimediabilmente disonorati se sottraessero un piccolo oggetto di cancelleria, e vecchi impiegati probi che mantengono a spese di un qualunque ministero a carta, matita, e pennini perfino i cugini in terzo grado. Qual'è il sarto che non si ritagli i gilets fantasia dal soprabito eccentrico del cliente elegante, o la moglie che non si faccia uscire un cappellino in più da una sagace economia sulla spesa? Qual'è l'avvocato che, per conto del suo cliente, non viaggi in *seconda* mettendo in conto la *prima*, e il medico che al cliente facoltoso limiti strettamente il numero delle visite? Ma, in compenso, come si indigna il medico, sui conti dell'avvocato; e la moglie, sui furti del sarto; e il sarto, sul tassametro dello chauffeur; e lo chauffeur, sui krak del banchiere; e il banchiere sulle sofisticazioni del pizzicagnolo; e il pizzicagnolo sulla nota del medico; e tutti insieme, d'accordo, sull'unica fonte di guadagno dell'onesto borsaiolo! Ora se in un argomento semplice qual'è quello del rispetto alla proprietà possono verificarsi, a seconda dei vari mestieri, divergenze così profonde, quanto più assurdo sarà pretendere unità di criteri allorchè sono in gioco argomenti ardui come il senso della responsabilità professionale, e il necessario limitarsi della sincerità nella pietà, e il labile confine esistente tra rigidità, esagerata e troppo indulgente interpretazione dei propri doveri!

Tutti sanno, in genere, che non bisogna rubare nè mentire nè venir meno alle proprie responsabilità professionali, perchè lo vieta una legge morale a cui tutti ci inchiniamo, ma se tutti ammettiamo volentieri questa legge, ben pochi sono coloro che il furto, la menzogna, la responsabilità professionale sanno riconoscere allorchè si presentano, per così dire, travisati sotto gli ingannevoli aspetti di innocenti consuetudini o al massimo di piccoli strappi alla rigida legge.

Chè se ogni professione, ogni mestiere presenta, da questo punto di vista un'infinità di problemi quotidiani da risolvere, la nostra è fra tutte irta di situazioni difficili e di difficoltà spesso inestricabili.

Strano, paradossale, contradditorio il concetto che la società ha del medico! Oggi avvilito, schiacciato sotto l'incompetente presunzione dell'autorità civile, domani giudice inappellabile dinanzi al cui responso non esiste possibilità di ribellione. Controllato, oggi, nei suoi giudizi dal ciarlatano o dalla sonnambula, ascoltato, domani, da principi, come un oracolo. Portato alle stelle — accolto a sassate. Defraudato di ogni sacrosanto guadagno — compensato in modo regale. Invo-

cato come il messia o tollerato appena... È, davvero, difficile, per non dire impossibile, sintetizzare la situazione morale che la società, fa al medico! Ora (ripetiamolo pure), se anche le professioni che la società nettamente valuta portano necessariamente seco una massa di complicati « casi » morali da risolvere, che dire di una professione di fronte alla quale lo spirito pubblico a volta a volta s'inchina o s'inalbera, prende posizione di subossequio o di supercritica?

Pure, se vogliamo occuparci di uno tra i più frequenti così detti *casi di coscienza* che possono presentarsi al medico nell'esercizio della sua professione, dobbiamo premettere che, per avversaria che gli sia la società, essa gli concede un'arma la cui potenza nessuno può contestargli. Vi è una formula che la società gli permette ed all'ombra della quale egli può affermare le frottole più esorbitanti. Una parola di fede che egli stesso scrive, ma che viceversa implica la fiducia che la società ha in lui, una parola dinanzi alla quale tutti si inchinano: *in fede.*

In fede... che il tale sta per morire o per resuscitare, *in fede...* che deve essere internato al lazzaretto o trasportato d'urgenza al manicomio.

In fede... che egli deve essere abbandonato dai suoi più cari, fuggito come la peste, o riconquistare il suo posto tra gli uomini.

Un *in fede* priva l'uomo dei suoi diritti civili, ne fa un fanciullo o un vecchio *impotente*, un *in fede* può ridargli dignità d'uomo...

Potenza enorme d'una formula e commovente fiducia che essa presuppose nella probità, nella rettitudine, nella competenza di chi può usarla!

Orbene, ecco una parola su cui noi medici dovremmo davvero e piuttosto spesso concentrare la nostra attenzione, corrivi come siamo a scriverla colla disinvoltura spensierata con cui buttiamo giù la data o il ghiribizzo della firma. Siamo stati, siamo tutti e sempre colpevolmente corrivi! E il pubblico lo sa e ne approfitta. Non sa più distinguere tra la distratta bonarietà, del professionista troppo affaccendato, e la complicità del disonesto. Chiede e pretende ad ogni momento l'omertà del medico, certo che le venticinque lire della tariffa o al massimo le 100, a cui è disposto a spingersi nei casi speciali devono in lui soffocare ogni scrupolo...

Provi, provi un po' il medico coscienzioso a pretendere il serio controllo delle avventate o menzognere dichiarazioni che gli si vogliono estorcere! Provi ad ostinarsi all'esame accurato del tubercoloso che vuole il certificato di « sana e robusta costituzione », o a negare il suo avvallo al deperimento organico del fannullone che vuol scroccare un sussidio! Ricusi all'operaio « sotto assicurazione » l'inutile frottola che lo sgraffio che egli si è fatto e che cicatrizzerà avanti sera sia guaribile oltre i famosi cinque giorni! Ormai la società ha fatto l'uso alla sua colpevole connivenza, e non vuol sentir ragione!

E dunque giù certificati! A pioggia, a torrente, a valanga! Certificati di malattia e di salute, di gioventù invalida e di vecchiaia rubizza, per essere esentati da una testimonianza seccante, per esser promossi accalappiacani effettivi, per evitare di far ginnastica, per metter le mani sul misero capitaluccio dell'orfanello minorenne, colla scusa delle cure indispensabili alla sua salute... Privato d'ogni diritto di critica, esautorato, richiamato all'ordine al primo tentativo di ribellione con un « Quante storie! Fuori di qui trovo io barbe di professori che di certificati me ne fanno a dozzine! », il povero medico si trova ridotto alle funzioni di quelle macchinette automatiche inevitabili in quasi tutte le stazioni ferroviarie, e in cui, introducendo la monetina e girando la manovella, non può darsi che il cioccolatino atteso venga a mancare...

Formalità, pezzi di carta inutili o documenti privi di qualsiasi importanza giuridica, che non costituiscono se non il punto di partenza per esami fiscali ben più severi? Ma è partendo da simili formalità che nei processi illustri dei tempi andati il benigno pubblico fu chiamato ad assistere all'indegna gazzarra dei periti medici di difesa e d'accusa che, straziando la verità, dilaniavano al tempo stesso il buon nome che dovrebbe sempre circondare di una grave aureola la professione del medico. Oh piacevoli per il pubblico, e per noi lacrimevoli cronache giudiziarie, rese così varie dai battibecchi dello psichiatra o dell'anatomo patologo di parte opposta! Chi non vi ricorda?

Ma delle due l'una: o il certificato medico è superfluo, e si risparmi alla serietà professionale ed alla fiducia pubblica questo tacito e poco edificante accordo di mala fede reciproca, o, sia pure in via subordinata, vale, e allora si guardi il medico per leggerezza bonaria, per frettolosa compiacenza di diventare il complice spensierato dell'incosciente o dell'imbroglione, e, dal momento che la sua affermazione non è discussa, pesi il suo *in fede* con la pedantesca e meticolosa probità con cui un galantuomo dà la sua parola d'onore!

Dott.ssa Elena Fambri.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASCOLI PICENO *R. Prefettura.* — Uff. san. di Fermo; v. fasc. 49. Scad. 20 gen.

CARPI· *Congregazione di Carità.* — Scad. ore 12 del 31 dic. V. fasc. 49.

GORGONZOLA (*Milano*). *Ospedale Serbelloni* (prossima sede di Ospedale di Circolo)· — Medico assistente; L. 4000, oltre c.-v. e partecipaz. alcuni proventi. Scad. 31 dic., ore 20. Età lim. 30 a. Docum. a 3 mesi dal 29 nov. Chiedere avviso alla Segreteria.

GROSSETO. — Direttore della Sez. Medico-Micrograf. e Direttore della Sez. Chimica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Scad. ore 18 del 31 dic. Titoli ed esami. Stip. L. 14,000 e quadrienni fino a L· 21,000; L. 2500 serv. att.; L. 500 alloggio; partecipaz. 20 % analisi e contravvenz. Tassa L. 50. Età lim. 45 a. al 3 nov. Serv. entro 20 gg. Chiedere annunzio alla Segreteria Gener. della Provincia.

MELZO (*Milano*). *Ospedale di S. Maria delle Stelle.* — A tutto 31 dic. V. fasc. 49.

NAPOLI. *Alto Commissariato per la Provincia.* — Uff. san. di Torre Annunziata; scad. 30 dic. V. fasc. 48.

NAPOLI. *R. Commissario della Provincia.* — Uff. san. del Consorzio Mugnano di Napoli-Calvizzano; ab. 10,000 c.; ha. 1400; L. 9500 oltre L. 1500 trasf. Scad. ore 12 del 31 gen. Età lim. 45 a. Docum. a 3 mesi dal 20 nov. Chied. ann.

NOVARA. — Al 31 dic., per Pernate; L. 8000 per 400 pov.; L. 1000 ogni 500 pov. o frazione in più; 10 bienni ventes.; L. 500 bicicl.; L. 150 ambul.; età lim. 35 a.; docum. a 3 mesi.

POTENZA PICENA (*Macerata*). — A tutto 27 dic. V. fasc. 49·

PRASOMASO (*Sondrio*). *Sanatorio Umberto I.* — Vice direttore; per titoli e per esami; scad. 31 genn. 1928; età non superiore ai 35; documenti di rito; stipendio L· 11,200 (con 5 aumenti biennali del decimo), più indennità di carica annue L. 3400, lorde delle ritenute di legge; vitto e alloggio ad personam. Domanda all'Amministrazione: via De Amicis 45-A, Milano.

ROSIGNANO MARITTIMO (*Livorno*). — Al 30 dic., per Gabbro; ab. 2200 c.; non obbl. cav.; L. 9500 e 5 quadr. dec.; c.-v.; obbligo supplenza scambievole. Età lim. 40 a·; docum. a 3 mesi dal 22 nov.; tassa L. 50; assunz. serv. entro 10 gg. (*sic*). Chiedere annunzio.

SPEZIA. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele III.* — A tutto 31 gen., medico primario. Chiedere copia avviso all'Ufficio di Segreteria.

SULMONA. *Casa Santa dell' Annunziata.* — Aiuto di chirurgia all'Ospedale Civile; L. 3000 (*sic*) lorde; eventuali proventi; scad. ore 12 del 31 dic. Età lim. 35 a. Docum· a 3 mesi. Assunz. serv. entro 15 gg.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Trieste.

Approvvigionamento idrico dell'Istria.

Come è noto l'Istria ha necessità d'essere fornita d'acqua potabile buona ed in quantità sufficiente. Il problema si impone, ed il Governo Nazionale dall'agosto del passato anno ha deciso di occuparsi attivamente di così grave quistione interessante questo territorio, ora che esso ha raggiunto il coronamento delle proprie sante aspirazioni con l'ottenuta unione alla Madre Italia.

Venne perciò nominata una Commissione con l'incarico di dare attuazione ai desiderî istriani. Sappiamo che questa Commissione ha presi in esame i vari progetti tecnici, ha eseguiti diversi sopraluoghi, e ci è noto che il lavoro di massima si trova a punto molto avanzato. Si è quindi certi di veder sollecitamente portata a termine l'importante missione.

La Commissione governativa è presieduta dal valoroso idrologo prof. Fantoli, direttore del R. Politecnico di Milano, e ne fanno parte altre personalità scientifiche illustri come il professor comm. Casagrandi, direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Padova ed il prof. Dal Piaz, direttore dell'Istituto di Geologia dell'Università stessa. Ad essi vanno aggiunti il medico provinciale e l'ingegnere dirigente la Sezione del Genio Civile di Pola, ed il prof. Gino Veronese, specialista di fama ben nota in quistioni di acquedotti, e che può considerarsi l'anima della Commissione.

PLF.

Da Cagliari.

Nella R. Università.

Il 21 u. s. nell'Aula di Anatomia normale il prof. Armando Businco ha fatto la sua prolusione al corso di Anatomia patologica, svolgendo il tema « Nuove fonti dell'Anatomia Patologica ».

Riaffermata, come premessa, la necessità e la convinzione che l'insegnamento dell'Anatomia patologica non deve allontanarsi dalle classiche linee della morfologia, ricorda come all'incremento delle conoscenze abbia, via via, contribuito la patologia cellulare, l'indagine etiologica, la patologia sperimentale e tutti i nuovi apporti, severamente vagliati, offerti dalle altre discipline biologiche, cliniche generali e speciali.

Da pochi anni ha assunto, negli studi medici e nella pratica, una importanza notevole l'indagine radiologica, la quale — a parte qualche lodevole esempio — non è ancora abbastanza sfruttata ai fini di certe conoscenze morfologiche, che, invece, in virtù della radiologia, sono state scoperte, e possono essere seguite nelle tappe evolutive, e meglio interpetrate dal punto di vista fisiopatologico.

A conforto della sua esposizione, dimostra una interessante serie di quadri scheletrici o artroscheletrici, che sono resi di agevole studio, dal lato morfologico, mercè l'imagine radiologica,

quadri che vanno dalle fratture alle alterazioni di sviluppo, alle flogosi, alle metafisiti da crescenza, all'osteopecilia, all'osteosi monomelica, ai neoplasmi ossei, ecc. Così, nel campo degli altri sistemi, rileva l'utilità dello studio radiologico per l'integrazione di certe manifestazioni che, nel cadavere, possono non essere visibili o non più esattamente apprezzabili, come risulta da tutta una serie d'immagini proiettate. Rileva, a conclusione, l'utilità scolastica di mettere accanto al quadro radiologico quello morfologico e istologico, ciò documentando con esempi fornitici dagli studiosi americani e tedeschi che si sono già messi — unendosi i competenti di clinica e di anatomia patologica — fecondamente su questa strada.

Donazioni alla R. Clinica medica.

Per interessamento del Direttore prof. Luigi Ferrannini sono pervenute alla Clinica Medica della R. Università di Cagliari, le seguenti donazioni per acquisto di libri ed apparecchi scientifici: dalla Ditta Wassermann L. 3000; dall'Istituto Biochimico italiano L. 1000; dall'Istituto nazionale medico farmacologico L. 2000; dalla Società Anonima Sandoz l'abbonamento a varie Riviste estere. P. A. T.

Da Catania.

L'attività scientifica del Sanatorio Ferrarotto di Catania.

Il Sanatorio Ferrarotto, posto in luogo incantevole, è sorto nel 1907 in Catania in seguito a donazione di una somma, per allora cospicua, del comm. Ferrarotto e col concorso dell'Amministrazione del Civico Ospedale Vitt. Emanuele.

Nel 1910 fu affidata la direzione tecnica di esso al prof. M. Ascoli il quale ne assunse il còmpito con grande interesse. La guerra europea interruppe sfortunatamente il ritmo di lavoro scientifico che però al termine di essa fu ripreso con eguale zelo, sotto la stessa direzione. Collaboratori attivi sono stati il prof. Fagiuoli prima e poi il prof. Fichera ed il dott. Giuffrida.

Varie e numerose furono le ricerche biologiche eseguite: notevoli quelle sulla bacillemia tubercolare, sulle precipitine, sull'auto-siero e autouroreazione.

Osservazioni semiologiche e cliniche riguardarono i campi di Krönig, l'associazione della tubercolosi con la sifilide, le scapole alate ed asimmetriche.

La terapia, sia dal punto di vista scientifico che pratico, formò oggetto di speciale studio.

Per la prima volta fu proposto dal prof. Ascoli il pneumotorace ipotensivo, modificando con esso il concetto fondamentale della collassoterapia ed arrivando alla concezione della pratica del pneumotorace bilaterale.

Il Sanatorio Ferrarotto per la sua tradizione scientifica è da considerare come un centro di irradiazione di cultura medica.

Auguro al Sanatorio Ferrarotto che tanto fervore di studio trovi riscontro nell'interessamento crescente dell'Ente che con amore lo amministra e della popolazione della laboriosa Catania da cui sorse venti anni fa un uomo, il comm. Ferrarotto, che diede vita e nome ad un Istituto tanto benefico.

Il Governo Nazionale, che tanto interesse ha preso alla lotta antitubercolare, sarà felice di cooperare a questa come a tutte le grandi opere di assistenza sociale. A T.

NOTIZIE DIVERSE.

Per gli orfani dei medici morti in guerra. Un magnifico esempio da imitare.

Fra le più meritorie iniziative a beneficio degli orfani dei medici morti in guerra è da segnalare, a tutta la classe medica, la borsa di studio intitolata al prof. gr. uff. Angelo Di Nola. La cospicua somma di L. 12,905 è stata raccolta fra i professori componenti il Comitato Superiore degli studi sanitari aeronautici, dai medici militari e civili in servizio nell'aviazione, in occasione delle nozze d'argento del loro degno capo prof. Di Nola. Questa nobile iniziativa che va a beneficio degli orfani dei colleghi caduti per la Patria onora altamente tutto il Corpo sanitario in servizio nell'aeronautica, e speriamo sia di stimolo e monito a quanti ancora restano sordi ai ripetuti appelli del Comitato per l'assistenza degli Orfani che iniziatosi tre anni or sono dovrà continuare fino al giorno in cui avranno conseguito i titoli di studi necessari per affrontare da soli la lotta per l'esistenza.

Si rammenta intanto che questa opera non ha nulla in comune con l'opera di assistenza degli orfani dei sanitari che ha il proprio convitto in Perugia, ma è un'istituzione completamente distinta che ha per iscopo di assistere soltanto gli orfani dei colleghi caduti in guerra.

Il Comitato ha sede al Sanatorio Militare di Anzio (Roma).

Le Giornate mediche d'Egitto rimandate.

Il Comitato organizzatore, cedendo alle sollecitazioni del Re e del Governo, ha deciso di rimandare le « Giornate mediche d'Egitto », al dicembre 1928, in occasione del Congresso pel centenario egiziano, allo scopo di conferire maggiore solennità a questo convegno.

A presiedere la Sezione d'Igiene è stato designato il prof. Giuseppe Sanarelli, dell'Università di Roma.

Bollettino Internazionale di Medicina e di Farmacia Militari.

Il 15° Congresso internazionale di Medicina e Farmacia militari adunatosi a Varsavia ai primi di giugno u. s. ha deciso di pubblicare, a partire dal 1° gennaio 1928, pel tramite degli « Archives Médicales Belges », un Bollettino internazionale. Esso raccoglierà quanto concerne l'organizzazione dei servizi medico-militari di tutti i

Paesi. Sarà redatto in francese e inglese, nell'attesa di poter usare anche le altre lingue ufficiali dei Congressi di Medicina e Farmacia militari. Delegato per l'Italia è il prof. Casarini; nel Comitato permanente l'Italia è rappresentata dal prof. Caccia.

Si ricevono sin da ora le sottoscrizioni per l'annata 1928; esse importano 8 belga, da rimettere a: major médecin Voncken, secrétaire du Comité Permanent du Comité International de Médecine et de Pharmacie Militaires, Hôpital Militaire de Liége (Belgio).

Al Congresso di Economia domestica.

Nel lavori del Congresso di economia domestica, svoltosi a Roma, è stata fatta una parte anche all'igiene della casa e dei lavori domestici e all'applicazione del taylorismo all'economia domestica.

La Mostra comprende un reparto d'igiene e cioè la pulizia nella preparazione dei cibi, la detersione, l'illuminazione, il riscaldamento della casa, l'igiene individuale del bambino e dell'adulto. Essa è stata organizzata dalla Direzione generale della Sanità pubblica.

Colonia Marina Internazionale della Croce Rossa Italiana a Porto Said.

Fondata dal dott. Luigi Dori, nel 1925, per incarico affidatogli dalla Croce Rossa Italiana, esiste a Porto Said, in Egitto, una Colonia Marina fiorentissima, che ogni anno va notevolmente ampliandosi e che quest'anno ha ricevuto 150 bimbi di varie nazionalità, poveri e gracili, provenienti anche dall'interno dell'Egitto.

Per l'anno prossimo se ne studia un grande ampliamento, con la costruzione di ampi padiglioni secondo i più moderni principii d'igiene. La Presidenza generale di Roma della Croce Rossa Italiana segue con costante amore lo sviluppo di questa Colonia Marina, che fedele allo spirito della Patria rinnovata, mira a svilupparsi sempre più pel bene dei piccoli derelitti. È perciò che la detta Presidenza Centrale, per dare un segno tangibile del suo vivo interessamento, le ha assegnato quest'anno una sovvenzione di 30 mila lire italiane.

Omaggi alla scienza medica italiana.

Rileviamo da «La Semana Medica» che il 24 ottobre si tenne a Buenos Aires un grande banchetto in onore dei proff. Sanarelli e Carpi, i quali erano stati chiamati al Congresso panamericano della tubercolosi, adunatosi a Cordoba.

Il prof. Aráoz Alfaro manifestò tutta la sua ammirazione per la scienza medica italiana. Il prof. Sanarelli rispose ringraziando per le manifestazioni di simpatia di cui i delegati italiani sono stati oggetto e ponendo in rilievo i grandi progressi compiuti dall'Argentina nel campo colturale e dell'assistenza sociale.

Elargizioni e lasciti.

Il Segretario Generale del Partito Nazionale Fascista, S. E. Turati, ha assegnato all'Opera Nazionale pro Maternità e Infanzia la somma di cinquantamila lire sulla elargizione di 100,000 fattagli dalla Banca d'Italia.

Il compianto prof. Guzzoni degli Ancarani ha lasciato, morendo, L. 70,000 alla Società Italiana di Ginecologia, L. 100,000 alla R. Università di Modena, L. 75,000 al suo paese nativo, Correggio Emilia, L. 15,000 all'Università di Pavia e L. 10,000 a ciascuna delle Università di Siena, Messina e Cagliari, affinchè col reddito annuale vengano distribuiti premi a medici e laureandi.

Il dott. Hackett.

Il dott. Lewis W. Hackett, rappresentante in Italia della Fondazione Rockefeller, è partito il 3 dicembre per l'Oriente, onde compiere delle indagini sulla malaria. Visiterà l'Egitto, l'India britannica, l'India neerlandese, la Malesia, la Cina e farà ritorno in Italia nel giugno dell'anno prossimo.

All'egregio studioso un cordiale arrivederci.

L'eroica morte di un medico.

Il dott. Adriano Harbuger, capo della Clinica Laribioriere a Parigi, è morto in seguito a tetano sviluppatosi dopo una puntura che egli si era fatta al pollice destro operando un ammalato. Il dott. Harburger, che non si era ingannato sulla natura della infezione, prese all'ospedale cinque ampolle di siero antitetanico e se ne andò dicendo che non sarebbe tornato nè l'indomani nè il dopo domani. Il giorno successivo il direttore dell'ospedale, accompagnato da altri due medici, si recò a trovarlo. I tre sanitarî ascoltarono dalla bocca dell'Harburger una calma esposizione delle fasi della malattia. Il dott. Harburger è stato citato all'ordine del giorno della nazione.

Medaglia d'oro ad un medico.

La «Federazione Generale delle Società Italiane» di Buenos Aires ha consegnato una medaglia d'oro al dott. Nicola De Mare, maggiore medico della Marina italiana e regio commissario di bordo, e al sottufficiale della Marina argentina Juan Santororo per l'eroica azione svolta nell'opera di salvataggio dei naufraghi del «Principessa Mafalda».

Alla cerimonia ha presenziato il Presidente della Repubblica, dott. Marcello de Alvear, accompagnato dal ministro della guerra, dal ministro della marina e dall'intendente municipale. Vi hanno pure partecipato l'Ambasciata d'Italia, il Consolato, il Fascio, gli istituti italiani e le più cospicue personalità della Colonia. I decorati furono oggetto di vive acclamazioni.

Atti generosi di medici.

Il dott. Giuseppe Miti, ex volontario di guerra, mutilato e decorato con due medaglie di argento al valore, ha generosamente offerto circa mezzo litro di sangue per venire in aiuto di un bambino ricoverato nell'Ospedale del Bambin Gesù di

Roma, ove il nostro valente collega presta servizio.

Lo stesso atto generoso è stato compiuto dal dott. Garragi, della Clinica ostetrico-ginecologica di Bologna, per salvare un'ammalata in anemia acuta consecutiva ad imponente emorragia.

Infortuni di sanitari.

Il dott. Carlo Grosso, medico chirurgo assistente all'Ospedale Civile di Alessandria, guidava un'automobile in cui si trovavano pure il padre di lui, dott. Giovanni, medico condotto di Spinetta Marengo (Alessandria), che si recava per visita ad un cascinale, e una cugina diciassettenne; al passaggio a livello detto del Molinetto, l'automobile veniva investita da un treno. Il dott. Carlo rimaneva sfracellato insieme alla cugina. Il dott. Giovanni veniva sbalzato e riportava la frattura di una gamba; venne ricoverato nell'Ospedale di Alessandria.

Il dott. Sebastiano Gattorno di Trieste è stato aggredito dal giardiniere da lui licenziato, e ferito al fianco destro da una stilettata, per fortuna non gravemente.

Il medico ha il dovere di star bene.

Il « Siglo Médico » informa che il soviet di Besegow, in Russia, ha portato innanzi al Tribunale il medico locale, imputandogli il crimine di esser rimasto ammalato per cinque giorni, in modo da non poter accudire alla clientela; secondo i componenti di quel soviet il medico, che insegna a star bene, ha il dovere di darne l'esempio, non ammalandosi.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Agosto 1927.

MALATTIA	1-7		8-14		15-21		22-28	
	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi
Morbillo	189	625	184	511	147	360	159	486
Scarlattina	123	269	122	275	109	236	144	301
Varicella	47	80	31	46	39	51	18	23
Vaiuolo e Vaiuoloide	3	3	1	1	2	2	—	—
Tifo addominale	554	1292	604	1482	587	1428	692	1757
Dissenteria	37	77	32	57	34	74	34	61
Difterite e croup	132	202	151	253	105	169	182	279
Meningite c. s. e.	6	6	3	3	9	9	8	8
Poliomielite a. a.	6	6	5	5	4	5	10	13
Encefalite letargica	5	5	8	8	3	8	5	6
Rabbia – morsicati	61	100	75	119	68	119	70	101
Rabbia – dichiarata	—	—	—	—	—	—	—	—
Pustola maligna	58	73	70	93	60	81	78	102

Tifo petecchiale, Colera Asiatico, Peste bubbonica: nessuna denunzia.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

Per l'anno 1928.

Riviste speciali di nostra edizione concesse agli associati al "Policlinico„ in abbonamento cumulativo pel 1928.

Gli associati al « Policlinico », a qualunque Serie siano essi abbonati, coll'aggiunta di sole:

L. 30 per l'Italia o **L. 45** per l'Estero

potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1928 di **una** delle tre seguenti nostre Riviste di specialità.

CUORE E CIRCOLAZIONE

Continuazione de

Le malattie del cuore e dei vasi

PERIODICO MENSILE ILLUSTRATO

diretto dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Clinico Medico di Roma

Ogni fascicolo si compone di 44-48 pagine di testo distinto in 3 parti: *a)* lavori originali, lezioni e conferenze *b)* rassegne, riviste e congressi; *c)* notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 36 — Estero L. 55 — Un numero separato L. 5,00
Per gli associati al "Policlinico„: Italia L. 30 — Estero L. 45

N. B. — *Ai nuovi abbonati del 1928 a "Cuore e Circolazione„ si concedono le intere annate 1920 - 1921 - 1922 - 1923, del periodico "Le malattie del cuore„ nonchè 1924, 1925 (questa senza il Fascicolo 5 esaurito), 1926 e 1927 di "Cuore e Circolazione„ per sole L.* **150** *se in Italia, e per sole L.* **200** *se all'Estero, in porto franco.*

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

fondata nel 1898 dal Prof. F. LA TORRE

diretta da PAOLO GAIFAMI

Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di BARI

Ogni fascicolo si compone di oltre 48-60 pagine di testo distinto in 3 parti: *a)* lavori originali, fatti e documenti (clinic e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; *b)* recensioni, quesiti e commenti, bibliografia: *c)* Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 36 — Estero L. 55 — Un numero separato L. 5.00
Per gli associati al "Policlinico„: Italia L. 30 — Estero L. 45

N.B. — *I nuovi abbonati del 1928 possono ottenere l'annata del 1925 senza il 1° fascicolo (esaurito) più le intere annate 1926 e 1927 per sole L.* **75** *se in Italia e per sole L.* **110** *se all'Estero, in porto franco.*



IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI

Professore di Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di PISA

Questa rivista, che entra nel quarto anno di vita, si è affermata vittoriosamente, essendo oggi fra noi il più completo, agile e ricco periodico della specialità. Argomenti d'indole pratica e di alto rilievo scientifico si fondono armonicamente, formando una rivista moderna, in cui ha degna sede quanto si produce nelle Cliniche e negli Istituti d'Italia.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 36 — Estero L. 55 — Un numero separato L. 5.00
Per gli associati al "Policlinico„: Italia L. 30 — Estero L. 45

N. B. — *Ai nuovi abbonati del 1928 a "Il Valsalva„ si concedono le intere annate (1925, 1926 e 1927) del periodico stesso, per sole L.* **75** *se in Italia e per sole L.* **110** *se all'Estero, in porto franco.*

IMPORTANTE: Coloro che assumeranno l'abbonamento A TUTTE E TRE LE RIVISTE *e ne invieranno subito l'importo, queste saranno loro cedute al* **prezzo di favore** *di sole:*

L. 87 per l'Italia o **L. 125** per l'Estero

Inviare Vaglia Postale o Chèque Bancari all'Editore LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA

Ai già abbonati a queste Riviste rivolgiamo preghiera di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione. Raccomandiamo altresì di applicare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.

"IL DIRITTO SANITARIO"

Agli amici del "Policlinico".

È nostro intendimento di pubblicare una *Rivista di legislazione e giurisprudenza*, autorevolmente diretta, per uno scopo pratico che troverà certamente favorevoli consensi.

La Rivista pubblicherà:

1) Tutte le **leggi**, i **decreti**, i **regolamenti** e le **circolari** concernenti, anche indirettamente, l'**ordinamento giuridico sanitario**, nel *senso più ampio*, e le **istituzioni sociali.**

2) **Note di commento** e di **illustrazione delle leggi e dei regolamenti** *più importanti.*

3) **Una rassegna completa della giurisprudenza** della Corte di Cassazione, del Consiglio di Stato in sede giurisdizionale e consultiva e di altre magistrature, con esposizione ragionata delle **controversie** e delle **risoluzioni.**

4) **Studi sintetici di quistioni di attuatità.**

5) **Cenni di legislazione estera.**

In queste semplici indicazioni è il programma, che sarà esplicato con la serietà che caratterizza le nostre iniziative editoriali.

L'attività sanitaria, in tutte le sue più importanti manifestazioni, è ormai giuridicamente regolata. Chiunque operi nel campo sanitario, sia pure per libero esercizio

---

Tagliando da staccare e spedire firmato.

Spett. Casa Editrice POZZI
Via Sistina 14 - Roma.

Letto il programma per il nuovo periodico « IL DIRITTO SANITARIO », vi prego spedirmene, appena sarà pubblicato, il 1° fascicolo per ESAME.

(Firma e indirizzo completo) ....

....

....

professionale, non può prescindere dalla conoscenza esatta dei fenomeni giuridici: lo riguardano e quindi lo interessano.

Nell'attuale periodo di profondo rinnovamento degli ordinamenti giuridici, la utilità di queste conoscenze è anche una necessità.

La Rivista sarà una guida chiara e semplice specialmente per tutto ciò che attiene alle istituzioni sociali, ai rapporti d'impiego con enti pubblici, all'esercizio delle professioni, all'ordinamento sindacale, ai poteri di polizia sanitaria ecc.

Sarà pubblicata ogni mese in fascicoli di circa 48 pagine di testo e formerà a fine d'anno un volume di oltre 500 pagine, con indici sistematici. L'abbonamento sarà di L. 35 – (per gli associati al *Policlinico* L. 25 –).

Coloro che riconoscono la utilità della nostra iniziativa sono vivamente pregati di inviare, per adesione di massima, **la quale non importa impegno di abbonamento,** *l'unito tagliando in busta aperta affrancata con 10 centesimi.*

Il numero delle adesioni costituirà per noi motivo d'incoraggiamento all'attuazione del nostro proposito.

Casa Editrice POZZI
Roma, Via Sistina, 14, Roma.

Tagliando da staccare.

Da inviare quale stampa in busta aperta affrancata con 10 centesimi.

Alla Spett.

Casa Editrice **POZZI**

Via Sistina N. 14 *ROMA (6)*

ANNO XXXIV — Roma, 19 Dicembre 1927 — Fasc. 51

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLÌ

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPED. S. SPIRITO IN SASSIA - SALA LANCISI - ROMA

Meningite acuta sifilitica puriforme in soggetto tabetico

per il dott. GIOVANNI PILOTTI
Medico Primario negli Ospedali Riuniti.

La seguente osservazione riguarda un infermo, tal De Silv... Orazio, commesso postale, di a. 28 da Napoli, ricoverato nel mio Reparto il 6 ottobre 1924, che 12 anni prima si era contagiato di lues. Dopo contratta l'infezione aveva fatto solo dieci iniezioni di bicloruro di Hg. Circa 9 mesi prima dell'ingresso in Ospedale aveva notato leggera diminuzione della vista; uno specialista per malattie oculari da cui si fece esaminare, avendo notato diminuzione dei riflessi pupillari e rotulei, gli consigliò di sottoporsi ad un esame del sangue e la R. Wa. allora eseguita dette esito positivo. Si sottopose allora ad una cura di frizioni mercuriali (N. 30) ed a 15 iniezioni di calomelano; migliorarono così i disturbi visivi. Il giorno 2 di ottobre del 1924 ebbe malessere generale, cefalea e febbre; questi disturbi continuarono il giorno 3 e il giorno 4. Il giorno 5 la febbre divenne molto elevata ed il soggetto avvertì una difficoltà nel muovere il collo. Perciò fu inviato all'Ospedale.

All'ingresso si potè osservare, per sommi capi, quanto segue: soggetto in condizioni di nutrizione buona: lingua impaniata, umida. Polso ritmico, di frequenza e pressione media. Negativo l'esame degli organi toraco-addominali.

Sistema nervoso: sensorio integro. Nulla di anormale a carico dei nervi cranici. Rigidità della nuca, specialmente manifesta nei movimenti di flessione del collo. Non disturbi motori a carico degli arti superiori e degli arti inferiori. Andatura normale; mancano segni manifesti di atassia. Assente il segno di Kernig. Non disturbi della sensibilità superficiale cutanea, nè della sensibilità profonda. Assente il segno di Romberg.

Riflessi tendinei e periostei degli arti superiori presenti d'ambo i lati. Riflessi rotulei assenti d'ambo i lati, anche con la manovra di Iendrassik. Riflessi achillei assenti bilateralmente.

Riflessi addominali vivaci bilateralmente.

Riflessi cremasterici presenti d'ambo i lati.

Assente il fenomeno di Babinski.

Pupille anisocoriche: sinistra maggiore della destra, a contorni irregolari, rigide alla luce; bene reagenti all'accomodazione ed alla convergenza.

Linguaggio normale.

La puntura lombare eseguita il giorno stesso dell'ingresso dette esito a liquido torbido, contenente albumina in quantità del 0.60 ‰. L'esame microscopico del centrifugato del liquido spinale dimostrò una quantità molto abbondante di leucociti polinucleati e in minor numero di corpuscoli bianchi mononucleati, nella proporzione di circa 3 a 1. Sia mediante la colorazione col metodo di Gram, che con la fucsina diluita, non si rinvennero meningococchi nè altri germi; la colorazione col liquido di Ziehl riescì negativa per i bacilli di Koch. La R. Wa. nel Liquor e nel sangue, risultò positiva. Le prove culturali del liquido dettero esito negativo.

Sottoposto ad una cura endovenosa di neosalvarsan, alternata con calomelano, il paziente andò rapidamente migliorando: la cefalea e la rigidità nucale, dopo circa 20 giorni, erano completamente scomparse; la febbre era già cessata fin dai primi giorni di degenza.

Con una 2ª puntura lombare, eseguita il 21 ottobre 1924 fuoriuscì un liquido limpido con dei blocchetti biancastri sospesi; albumina 0.30, Nonne-Apelt, positiva; reazione del mastice (Emanuel), curva di metalues. Nel sedimento numerosi elementi corpuscolati, costituiti da numerosi linfociti e da scarsi polinucleati.

Il 16 nov. il soggetto fu dimesso, guarito delle manifestazioni meningee acute; persistevano l'anisocoria, con rigidità pupillare e l'abolizione dei riflessi patellari ed achillei.

Il caso da me riferito mi sembra interessante sotto diversi punti di vista. Prima di tutto si può discutere se i segni clinici osservati nel paziente autorizzano senz'altro una diagnosi di tabes dorsalis; dalla storia risulta che egli si era contagiato 12 anni innanzi di lues; che la lues era stata curata all'inizio in modo del tutto insufficiente; che, in seguito, manifestatasi una diminuzione del *visus*, fu constatata, circa 9 mesi innanzi ai disturbi attuali, una rigidità pupillare alla luce, la scomparsa dei riflessi patellari, e la R. Wa. nel sangue aveva dato esito positivo; che sottoposto ad una intensa cura mercuriale erano migliorati i disturbi visivi. Dopo circa 9 mesi dalla comparsa dei disturbi visivi entrò all'ospedale con malessere, cefalea, febbre; si constatò una rigidità nucale, una anisocoria con rigidità pupillare alla luce, la scomparsa dei riflessi patellari ed achillei; la puntura lombare dette esito ad un liquido con R. Wa. positiva, contenente elementi morfologici, costituiti prevalentemente da leucociti polinucleati, con una quantità di albumina del 0.60 ‰; con la cura specifica scomparvero la cefalea, la febbre, la rigidità nucale, il malessere generale; il Liquor si modificò in modo da perdere l'aspetto torbido presentato all'inizio, la polinucleosi cedette il posto ad una linfocitosi e le condizioni generali migliorarono tanto che il soggetto chiese di essere dimesso. Permanevano immutati l'anisocoria con rigidità pupillare, l'abolizione dei patellari e degli achillei. Non furono mai constatati segni di atassia, nè disturbi della sensibilità superficiale e profonda. Possono dunque questi segni di alterazione del sistema nervoso centrale, che erano stati osservati precedentemente alle manifestazioni acute meningee, per le quali l'infermo aveva chiesto il ricovero in Ospedale, e che residuarono dopo la cura specifica cui fu sottoposto, essere interpretati senz'altro come segni di una tabe dorsale?

A questo proposito ritengo che occorra essere prudenti nel giudizio diagnostico, tenendo presente ciò che Nonne (1) scrive a proposito di casi consimili in cui praticamente si rimane in dubbio se veramente si tratti di tabe abortiva o *rudimentaria*, secondo l'espressione di Erb, di « formes frustes » di tabe, secondo la terminologia francese, ovvero di una pseudotabe sifilitica. In quest'ultima l'esame anatomico dimostra, secondo Nonne, che non esiste una tabe sistematica, ma che la degenerazione dei cordoni posteriori è secondaria ed ha per punto di partenza una meningite sifilitica, la quale ha strozzato le radici posteriori e condotto alla degenerazione, ovvero ha causato una distruzione di alcune zone del midollo spinale, con le relative degenerazioni secondarie del midollo stesso. Non è possibile emettere un giudizio definitivo diagnostico, per quanto riguarda il caso che ci occupa, non avendo avuto la opportunità di un lungo periodo di osservazione, come è necessario per notare quei segni che sono dati come caratteristici della pseudotabe, e cioè: il rapido sviluppo dei segni a carico dei cordoni posteriori, il mutare dell'intensità dei singoli sintomi, le variazioni nel comportamento dei riflessi tendinei, specie del riflesso patellare, la combinazione con paresi o paralisi delle estremità, delle quali una è per lo più colpita in modo più intenso dell'altra: la presenza del quadro della neurite invece dell'atrofia primaria del nervo ottico, la rigidità totale delle pupille invece della rigidità parziale alla luce e la tendenza dei sintomi a reagire all'azione della cura antisifilitica, maggiore di

quella che dimostra la tabe. Pur essendo propenso ad ammettere l'esistenza di una tabe frusta, nel caso in esame, tenendo presente la curva di metalues data dalla reazione del mastice e la persistenza dei segni proprii della tabe (Argill-Robertson, abolizione dei patellari ed achillei) malgrado la cura antiluetica eseguita nove mesi prima, non mi ritengo tuttavia autorizzato ad esprimermi in modo assolutamente reciso circa l'interpretazione dei segni notati, i quali possono sì giustificare nel nostro soggetto la diagnosi di una tabe rudimentaria, ma possono offrire anche il fianco a qualche obbiezione in favore di una sifilide spinale. Questa incertezza diagnostica potrebbe sembrare convalidata dalle manifestazioni sintomatiche a carattere acuto sommatesi con quelle già esistenti a decorso cronico (Argil-Robertson, abolizione del rifl. rotuleo e dell'achilleo) che non lasciano alcun dubbio sulla presenza, durante il periodo della degenza dell'infermo in Ospedale, di una meningite sifilitica. Ma, senza entrare a discutere l'annosa questione su la patogenesi della tabe dorsale, sulla sede primitiva delle alterazioni anatomiche e sui caratteri di esse accennerò soltanto che la possibilità di una combinazione della tabe tipica con la meningite spinale sifilitica non è affatto da escludere. Anzi, secondo Pick (2), esistono dei casi, come quelli pubblicati da Dejerine, Sachs, Hoffmann-Kuh, Ewald, Raymond, e, secondo Nonne, i casi di Dinkler e di Schwartz, nei quali fu dimostrata la coesistenza dei due processi, in modo inoppugnabile; non solo, ma questi AA., eccettuato lo Schwartz, ammisero anche esplicitamente che nei loro casi, la tabe era indipendente dalla meningite e che quest'ultima rappresentava solo una complicazione della tabes.

La possibilità, quindi, di un processo meningitico, che si svolge accanto a quello proprio della tabe, esiste ed è suffragato da osservazioni istopatologiche accurate, come per es. quelle recenti di Jakob, riferite da Nonne.

Perciò se anche si ammette nel nostro malato come cosa certa una tabe vera e propria, non è il caso di considerare come una evenienza strana ed inverosimile l'insorgenza di un processo meningitico che, come cercherò di dimostrare in seguito, deve essere anch'esso interpretato come dipendente dalla lues.

Vero è che le meningiti che si complicano con la tabes sono in generale a decorso cronico, ma poichè è ormai assodato che anche la meningite sifilitica acuta non è affatto rara ad incontrarsi nei diversi stadi della lues, come dirò in seguito, compreso il terziario, non può esser ritenuto come un avvenimento impossibile l'insorgenza di un processo meningeo acuto sifilitico in un tabetico.

E, senza entrare in particolari, ricorderò solo, a questo proposito, che a lato di casi di meningite acuta sifilitica, insorta a brevissima distanza di tempo dal sifiloma iniziale (Krause (3), Loeb (4), Fahr (5), Wilson e Gray (6), ecc.), sono stati resi noti casi insorti anche in periodi tardivi, a distanza di 2 anni (Chatelin e Barat (7) ed anche di 7 anni (Pette) (8) dall'inoculazione dell'infezione. Polieri (9) calcola poi a 7 i casi noti di meningite acuta manifestatosi nel periodo terziario della lue.

I caratteri del Liquor sono noti: Nonne Apelt, fase I, quasi sempre positiva; la reazione al sublimato di Weichbrodt, di regola più intensa che la reazione di Nonne-Apelt; più o meno intensa linfocitosi; R. W. nel Liquor col metodo di Hauptmann quasi sempre positiva.

Pochi AA. parlano di una reazione puriforme del Liquor nelle meningiti sifilitiche acute. Tra le osservazioni più antiche ricordo quelle di Debove (10), Widal e Lemierre (11), Boinet (12). In un caso di leptomeningite acuta sifilitica, seguito da autopsia, pubblicato da Nonne (13) si osservò ipercitosi con prevalenza dei polinucleati (2/3) sui linfociti (1/3) e numerose plasmacellule. Alcuni casi analoghi sono citati da Samaia (14) e precisamente quello di Tescola (15), di Mosny e Portocalis (16), di Sicard e Roussy (17). In un altro caso di meningite sifilitica acuta di Wilson e Gray (18) si osservò da prima, nel liquido spinale, un eccesso di linfociti con un piccolo numero di polimorfonucleati; in seguito si vide la predominanza dei polimorfonucleati, poi ricomparve la linfocitosi. Roudinesco e M.lle Ozier (19), in un bambino di 8 anni, osservarono i segni di una meningite acuta ed estrassero un liquido spinale purulento, costituito di polinucleari di cui alcuni con nucleo alterato, alcuni rari linfociti; assenza di microbi. R. W. negativa nel sangue e nel Liquor. Dopo la 3ª iniezione intravenosa di cianuro di Hg. il liquido divenne più chiaro, i polinucleari più rari e i linfociti di più in più numerosi. La R. Wa. divenne leggermente positiva nel Liquor. Dopo 10 iniezioni scomparvero tutti i segni della meningite e il liquido ritornò normale.

Masci (20) riferì di un caso occorso in una giovine donna in cui comparvero i segni di una meningite acuta, dopo circa 6 mesi dal contagio sifilitico; l'esame citologico del Liquor dimostrò una prevalenza di polinucleari sui linfociti.

Anche Verger e Massias (21) trovarono un liquido cefalo rachidiano torbido, con una polinucleosi pura, che dopo somministrazione di novarsenobenzolo cedette il posto ad una lieve linfocitosi. Le culture del Liquor riuscirono negative; reazione di Wa. e benzoino colloidale intensamente positive.

Egualmente Lechelle, Weil e Delthil (22), nel 1926, comunicarono due casi di meningite sifilitica secondaria puriforme che cedette rapidamente al trattamento specifico. Un caso incerto di meningite acuta sifilitica con liquor puriforme comunicò recentemente Jacchia (23). In alcuni casi, come in quello di Nonne, seguito da autopsia, si constatò col metodo di Iahnel la presenza di spirochete nella pia madre e nelle pareti dei vasi sanguigni.

Quindi, oltre il criterio serologico e terapeutico, in alcuni casi la dimostrazione sicura della natura luetica della meningite è stato dato anche dal reperto anatomo-istologico. Perciò non può sussistere alcun dubbio in proposito.

Anche nel caso da me osservato mi sembra chiaro si tratti di una *poussée* meningea febbrile a decorso acuto, di natura sifilitica; il malato era stato inviato invero all'Ospedale con diagnosi di meningite cerebrospinale epidemica; ma l'esito negativo delle ricerche batterioscopiche e culturali insistentemente fatte, per il dubbio insorto in seguito allo speciale reperto citologico del Liquor, dove i polinucleari erano in notevole preponderenza sui mononucleari; l'esito positivo della R. Wa. nel sangue e nel Liquor; il decorso rapidamente favorevole in seguito al trattamento specifico, con la caratteristica modificazione della citologia del Liquor, nel quale i polimorfonucleati cedettero presto il posto ai linfociti, mi pare che siano argomenti sufficienti per comprovare la natura luetica del processo meningeo.

Cercando nella letteratura, all'infuori dell'osservazione di M. Pappenheim (24) d'una leucocitosi del Liquor nella paralisi progressiva, io non ho potuto trovare accenno alla polinucleosi del Liquor in soggetti tabetici tranne in un lavoro di Villaret e Tixier (25) che descrissero un liquido puriforme in un soggetto tabetico colpito da eclampsia puerperale, e nel manuale di Plaut, Rehm, Schottmüller (26), i quali accennano ad una passeggera leucocitosi, occasionalmente osservabile nelle cosidette crisi tabetiche, in cui il numero dei polinucleari può ascendere fino al 60 %.

Può darsi che qualche altra pubblicazione in proposito sia sfuggita alla mia indagine. Ad ogni modo mi sembra si possa ritenere che la evenienza di una meningite acuta sifilitica non è così rara come si riteneva in passato; più rara invece è la combinazione di una meningite acuta sifilitica con una tabe preesistente.

Il carattere puriforme del Liquor è stato notato in alcuni casi, nella meningite acuta sifilitica, ma per quanto mi consta, è stato osservato solo in qualche caso isolato di tabe.

Ho ritenuto perciò che il reperto da me descritto, appunto perchè poco frequente, meritasse di essere segnalato.

LAVORI CITATI.

1. NONNE M. *Syphilis u. Nervensystem.* Karger, Berlin, 1924.
2. PICK FR. Citato da NONNE.
3. *Id.* Citato da MASCI, v. sotto.
4. ID. Ibid.
5. ID. Ibid.
6. WILSON et GRAY. British Medical Journal, settembre 1917.
7. CHATELIN et BARAT. Revue neurologique, 1913.
8. PETTE. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 68-69, 1921.
9. POLIERI. Policlinico, Sez. pratica, fasc. 41, 1923.
10. DEBOVE. Citato da ANGLADA in *Le liquide céphalo-rachidienne, ecc.* Paris, Baillière, 1909.
11. WIDAL et LEMIERRE. Soc. Méd. des Hôpitaux, 22 giugno 1906.
12. BOINET. Lyon Médical, p. 993, 1906.
13. NONNE. Mediz. Klinik, 1921.
14. SAMAJA. Rassegna di studi psichiatrici, Siena, 1921.
15. TESCOLA. Citato da SAMAJA.
16. MOSNY et PORTOCALIS. Ibid.
17. SICARD et ROUSSY. Ibid.
18. WILSON et GRAY. Loc. cit.
19. ROUDINESCO et M.LLE OZIER. Presse Méd., 1925, p. 893.
20. MASCI B. Policlinico, Sez. pratica, ottobre 1923.
21. VERGER et MASSIAS. Presse Méd., 1924, pag. 98-99.
22. LECHELLE, WEIL, ECC. Ibid., 23 giugno 1926, p. 794.
23. JACCHIA L. Policlinico, Sez. prat., 8 agosto 1927.
24. PAPPENHEIM M. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1911.
25. VILLARET et TIXIER. Gaz. des Hôpitaux, 139, 1907.
26. PLAUT, REHM, SCHOTTMÜLLER, LEITFADEN, ECC. Fischer, Jena, 1913.

NOTE DI TECNICA.

Tamponamento vaginale rapidissimo.

Dott. RICCARDO CARNELLI, chirurgo primario e direttore dell'Ospedale di Modigliana.

In tutti i trattati d'ostetricia e di ginecologia viene, generalmente, insegnato che il tamponamento vaginale deve esser praticato o con batuffoli di cotone muniti d'un filo, o con striscie di garza. Alcuni anche fanno il tamponamento mediante pallottole di cotone idrofilo legate l'una all'altra, a mezzo d'un filo di seta, come gli acini d'un rosario.

La tecnica da seguire viene, press'a poco, così indicata: sulla guida dello speculum la fascia di garza sterilizzata s'introduce in vagina, otturando tutto intorno la volta vaginale, cercando di disporne uno strato multiplo davanti alla portio ed a poco, a poco, colmando la vagina fino a che sia mediocremente distesa. L'estremità della striscia di garza od i fili, in caso di tamponi di cotone, si lasciano fuori della vulva, in modo da poterli estrarre a tempo debito. Per solito, dopo 12 ore. Esistono in commercio anche dei tamponatori così detti « automatici » mediante i quali una striscia di garza può venire introdotta dentro l'utero od in vagina, senza che la garza strisci lungo la parete vaginale o venga a contatto dei genitali esterni, ma non sempre questi tampona tori sono utili, in tutte le evenienze in cui il tamponamento può essere indicato e questa manovra è sempre meno rapida di quella da me usata da diversi anni e sempre con ottimo successo.

Il metodo mi è stato, fortuitamente, suggerito dall'urgenza dell'indicazione e per essermi, causalmente, trovato presso una donna affetta da forte metrorragia da inerzia dopo il parto, avvenuto senza assistenza di levatrice.

Non avendo lì per lì, presso di me, nè speculum, nè cotone nè alcun altro presidio chirurgico, ma soltanto una fascia sterile di garza introdussi, in vagina, la fascia intera arrotolata senza alcun altro aiuto che quello delle mie mani. Divaricai colla sinistra le grandi labbra e colla destra introdussi il cilindro di garza con una certa pressione. Il sangue cessò immediatamente ed allora potei, praticando il massaggio continuato sul corpo dell'utero, aver completa ragione della metrorragia. All'indomani, tornato presso la donna, armato di speculum e di pinze potei facilmente estrarre il cilindro di garza, al di dietro del quale venne fuori un discreto coagulo di sangue e, collo speculum, constatai come l'emorragia fosse completamente cessata ed il collo dell'utero fosse perfettamente retratto.

Notai inoltre che, il rotolo di fascia, benchè fosse apparentemente tutto intriso di sangue, in realtà lo fosse soltanto all'esterno, perchè, srotolando la fascia, dopo alcuni giri, osservai che via, via che procedevo dall'esterno all'interno, la parte di garza più centrale era perfettamente asciutta, mentre che l'estremità a contatto della portio era impregnata di sangue per una profondità pari a quella degli strati periferici e l'estremità distale era perfettamente asciutta e pulita. Ne conclusi, lì per lì, che l'assorbimento capillare notevole della garza disposta, in tal modo, era stato sufficientemente limitato anche senza opporre, dopo di essa, un'altra barriera emostatica, con cotone idrofilo.

Ho avuto occasione di osservare in Ospedale i più diversi e bizzarri metodi di tamponamento o zaffo vaginale, eseguito da colleghi e molte volte mal messi o insufficienti al bisogno, ma nella mia lunga pratica, non mi è mai occorso di vederne uno eseguito nel modo da me praticato cosicchè mi è sembrato che questo semplicissimo metodo di tamponamento possa esser tale da render ancor più rapido quello che, giustamente, vien chiamato « l'atto più semplice per un ostetrico ».

Facendo, in seguito, alcune considerazioni sulla costituzione anatomica della vagina, (specialmente quando la donna è posta per tal bisogno, nella posizione dorsale sul tavolo, colle coscie divaricate) che può ritenersi un condotto cilindrico, dritto, muscolo-membranoso, della lunghezza media di 7 o 10 cm. con parete posteriore un po' più lunga dell'anteriore ed una ampiezza variabile a seconda dell'età e dello stato fisiopatologico della donna su cui s'interviene, elevai il sistema anzi citato, a metodo ordinario di zaffamento, tantochè da 20 anni lo pratico, in Ospedale e fuori, con ottimo successo, colle modalità che espongo.

In tutti i casi ove il tamponamento viene indicato (metrorragie da neoplasmi, aborti, placente previe, da inerzia post-partum ecc.), previa disinfezione accurata dei genitali della donna, applico uno speculum bivalve o direttamente le valve vaginali che faccio tenere da un assistente e, dall'apertura di questo o di quelle, giudicando dall'ampiezza pressochè uguale della vagina introduco, facendolo penetrare con lieve pressione, un rotolo di fascia sterilizzato, dell'altezza di 6 o 7 cm., pari alla lunghezza del tratto di vagina che intendo tamponare. Il tamponamento è così già fatto. Non resta che togliere le valve o lo speculum.

La fascia precedentemente sterilizzata arrotolata e tagliata sempre dell'altezza di 6-7 cm., ma in rotoli di calibro più o meno sottile, in modo da potersi adattare alle diverse ampiezze vaginali, le tengo presso di me, in tamburlano sterilizzato. Le fascie devono essere arrotolate in modo che ne resulti un rotolo non tanto duro e compresso chè altrimenti non serve allo scopo. Quelle già pronte in commercio non servono.

Questo semplicissimo e rapido sistema di tamponamento vaginale, secondo l'esperienza fattane, mi sembra avere sugli ordinari mezzi conosciuti, i seguenti vantaggi:

1) È rapidissimo e semplicissimo.

2) È, asetticamente più sicuro inquantochè il rotolo di garza è preso con pinze sterilizzate ed introdotto direttamente in vagina, tra le valve dello speculum che gli servono da guida ed impediscono ogni contatto eventuale coi genitali esterni.

3) Terapeuticamente è di efficacia sicura inquantochè le pareti vaginali si adattano sulla fascia come un cilindro elastico sopra un tubo semi-solido, dal chè ne resulta un contatto eguale ed uniforme di tutto il tubo vaginale e quindi l'assoluta mancanza di spazi morti.

4) Il potere assorbente notevole della garza è limitato dall'estremità che guarda la portio perchè il rotolo di fascia è, alle due estremità soffice e filaccicoso percui facilmente si modella sul collo dell'utero, riempiendo, in parte, anche i fornici e non v'è bisogno di opporre altra barriera emostatica in cotone, come è necessario fare con altri metodi di tamponamento, onde limitare la troppa capillarità della garza stessa.

5) Non v'è bisogno di fili per estrarlo perchè basta divaricare le grandi labbra, per prenderlo con una comune pinza di medicatura e da ciò è evitato anche il risalire di germi dall'esterno nella vagina.

6) Non vi è pericolo, praticando un tale tamponamento, di ledere la mucosa vaginale come altrimenti può succedere facendolo, con fascia di garza spiegata ed introdotta coll'isterometro

7) Non vi è pericolo di fuoriuscita inquantochè, praticato nella lunghezza di 6-7 cm., permette all'ostio vaginale di racchiudersi al davanti di esso, mentre d'altra parte, le pareti vaginali, modellandosi su di esso, servono a trattenerlo mediante le loro pliche mucose.

8) Quando, sia eseguito con rotoli relativamente soffici ben proporzionati all'ampiezza della vagina da tamponare non produce compressione dell'uretra e quindi evita anche i conseguenti disturbi derivanti dall'impossibilità d'urinare.

Modigliana, 15 settembre 1927.

NOTE POLEMICHE.

Sul dosaggio del Ca nel sangue.

Mi sia consentito fare, per ciò che mi riguarda due brevi rilievi all'articolo del dott. Melli sul « Dosaggio del Ca nel sangue » (*Policlinico*, Sez. med., fasc. 10, 1927):

1) Il dott. Melli dice che il mio micrometodo per il Ca è essenzialmente uguale a quello di De Waard.

Naturalmente quando si formula una nuova tecnica chimica, non si può trattare di *principi* nuovi. Tutto dipende dallo stabilire le condizioni (titolo delle soluzioni, procedimenti, manualità di tecnica) più opportune perchè le reazioni si verifichino quantitativamente.

Faccio notare che la tecnica da me dettata ha notevolissimi vantaggi su quella di De Waard.

Il punto essenziale è questo: con la tecnica di De Waard, tutte le precauzioni perchè il Mg non sia occluso nel precipitato di ossalato di Ca non sono osservate.

A tal uopo è necessario che la neutralizzazione avvenga molto lentamente (Treadwel consiglia 20') e a temperatura di 100°; in caso contrario, come risulta dalle ricerche di Richards, parte del Mg precipita ugualmente.

Per tale motivo la neutralizzazione operata con *ammoniaca concentrata* (De Waard) *è del tutto inadeguata all'uopo.*

Altrettanto inopportuno è oltrepassare il punto neutro, per poi riacidificare con acido acetico.

Se si lavora su sangue totale (quindi in presenza di ferro) l'ammoniaca in eccesso precipita il ferro al massimo, eventualmente presente nè il precipitato formatosi può essere ridisciolto dall'acido acetico, tanto più che questo è aggiunto fino al punto neutro.

Con il metodo da me adottato, il ferro al massimo eventualmente presente, non può essere precipitato, perchè la neutralizzazione, che procede lentissimamente con soluzione poco concentrata di ammoniaca (n.), è arrestata al punto neutro del rosso di metile.

Il ferro al minimo, come ho dimostrato con diverse prove, non è neppure precipitato nelle condizioni di esperimento da me determinate.

Quanto ho detto dimostra che esistono delle differenze *sostanziali* tra il mio micrometodo ed il micrometodo di De Waard.

Naturalmente tralascio di parlare di altri due accorgimenti tecnici, che si sono dimostrati tanto buoni da essere adottati dal dott. Melli.

a) L'adozione del rosso neutro per stabilire il momento in cui la neutralizzazione è compiuta. (A questo proposito faccio notare al dott. Melli

che il Ph optimum per la precipitazione del Ca è segnato dal momento in cui la soluzione vira dal rosa al giallo e non viceversa (Treadwel).

Il De Waard per un così delicato procedimento si serviva dell'olfatto!

b) L'adozione della pipetta speciale ad angolo retto, che anche al dott. Melli è sembrata utilissima per evitare che parte del precipitato sia aspirata.

Per le ragioni su esposte a me non pare che il metodo del dott. Melli, visto che segue la tecnica di De Waard per la precipitazione del Ca, sia *chimicamente* esatto.

Malgrado ciò in clinica può essere utilizzato (a preferenza di quello di Clark, che come ho dimostrato non può dare affidamento alcuno), purchè nel liquido residuo non si proceda alla determinazione del Mg. E ciò perchè la quantità di Mg è così esigua, che anche una parziale precipitazione di esso non può influire molto sul significato *clinico* da attribuire ad un tasso calcemico.

Per ricerche biologiche, specie se interessa anche la ricerca del Mg, non saprei consigliare questo micrometodo, come nessuno di tutti gli altri che purtroppo sono comunemente adottati.

Per le ricerche in cui il materiale da analizzare è ricco di Mg tali metodi sono da proscriversi.

Il mio micrometodo per le ragioni suddette, è l'unico adoperato nell'Ist. di Chimica Gen. di Napoli (diretto dal prof. Zambonini) per le microanalisi dei minerali.

2) L'altro rilievo è di ordine biologico.

Io ho sostenuto che per avere risultati comparabili sarebbe bene che tutti gli sperimentatori lavorassero su *siero di sangue o su plasma*. Ciò per evitare, che alle gravi incertezze dei metodi, si aggiungano le altre dipendenti dalla variabilità del rapporto tra massa corpuscolata, poverissima di Ca (1·2 mgr. %), e plasma, molto più ricco in Ca (9-10 mgr.). Il dott. Melli dice che tale obiezione è insussistente, perchè la calcemia *reale* è quella del sangue totale.

Ora io penso che se il biologo esegue delle determinazioni, non lo fa per il gusto di accumulare cifre; ma per trarne delle deduzioni biologiche.

L'equilibrio elettrolitico del sangue ha un enorme valore biologico appunto perchè il sangue, liquido irrigatore dei tessuti, influenza con l'equilibrio dei suoi cationi e anioni tutte le funzioni citologiche.

La composizione minerale dei corpuscoli è talmente differente da quella del siero (si tenga presente il loro contenuto in Na, K, Ca), che bisogna considerare i globuli rossi come elementi immersi nel plasma, ma aventi un equilibrio elettrolitico proprio, come i tessuti.

Il liquido di perfusione non è dunque rappresentato dai globuli rossi, ma dal plasma. Ciò che può modificare le eccitabilità neuro-muscolare, per es. non è l'equilibrio elettrolitico dei globuli rossi, ma quello del plasma.

Tanto per esemplificare. In un caso di vizio di cuore congenito può esistere un'intensissima iperglobulia, tanto da aversi un tasso di Ca, nel sangue totale uguale a mgr. 5 %, e nel plasma uguale a 9 mgr. %.

Viceversa in un bambino tetanico, piuttosto anemico, può aversi una calcemia, nel sangue totale uguale mgr. 5 % e nel plasma uguale mgr. 4 %.

Non vi è chi non veda l'abisso esistente, dal punto di vista biologico, tra la calcemia di mgr. 5 % trovata nel sangue totale nel primo caso, e l'identica cifra trovata nel 2° caso.

E taccio di tutte le variazioni di rapporto tra massa corpuscolata e plasma che possono verificarsi in uno stesso individuo in speciali condizioni (stasi in un arto, depressione barometrica, ecc.), ed in speciali territori vascolari.

Naturalmente l'ideale sarebbe ricercare il Ca contemporaneamente nel plasma e nella parte corpuscolata. Ma volendo fare una sola analisi insisto nel dire che è necessario eseguire la determinazione sul plasma o sul siero, se vogliono aversi risultati utilizzabili dal punto di vista biologico.

LUIGI CONDORELLI.

*
* *

Una mia recente pubblicazione (*Dosaggio del calcio nel sangue ecc.; Policlinico*, Sez. Medica, fasc. 10, 1927) è fatta oggetto di osservazioni e rilievi da parte del prof. Condorelli, per due brevi accenni in essa pubblicazione contenuti, riguardanti precedenti ricerche del Condorelli stesso.

Mi sia consentita una breve risposta.

1) Dicevo incidentalmente nella citata mia pubblicazione che la tecnica di dosaggio del calcio proposta dal prof. Condorelli (1925) è sostanzialmente uguale a quella del De Vaard (1919). Il prof. Condorelli (che nella esposizione delle tecniche alla sua precedenti non ricorda quella del De Vaard), nega tale parentela tra i due metodi, e fa rilevare come il suo si diversifichi, a suo modo di vedere, da quello del De Vaard perchè questo Autore, al contrario di Lui, avrebbe dimenticato le precauzioni necessarie ad evitare la contemporanea precipitazione degli ossalati di calcio e magnesio. Vediamolo.

Entrambi gli AA. calcinano in crogiolo di platino circa 1 cmc. di sangue. Entrambi riprendono le ceneri a freddo con 1-2 cmc. di acido cloridrico circa normale. Entrambi travasano acido e

liquido di lavaggio in una provettina da centrifuga affilata. Per queste operazioni il De Vaard si serve di una pipetta capillare comune, il prof. Condorelli di una pipetta capillare piegata ad angolo retto, in modo da poter vedere il liquido man mano lo si aspira. Tutti e due gli AA. aggiungono quindi ossalato di ammonio, e poi, e quì starebbe la diversità principale, il Condorelli neutralizza con ammoniaca diluita, il De Vaard con ammoniaca concentrata. Secondo il prof. Condorelli alla tecnica di De Vaard sarebbero da imputare le seguenti imperfezioni che la diversificherebbero dal suo metodo:

a) Neutralizzazione a freddo. Operando in questo modo, secondo De Wale, parte del magnesio verrebbe occluso dall'ossalato di calcio. Giustissimo: senonchè il De Vaard così testualmente si esprime: « La provettina viene immersa in un *bagno-maria bollente*, si aggiungono cmc. 0,5 di soluzione satura di ossalato di ammonio e poi tanta ammoniaca concentrata... ». Quindi tale appunto è insussistente.

b) Neutralizzazione imperfetta. È infatti vero che il De Vaard nella prima sua pubblicazione ricorreva all'olfatto per giudicare della avvenuta neutralizzazione, ma quasi subito dopo, avvistosi dell'imperfezione di tale tecnica, consigliava l'uso di un indicatore (*e precisamente del rosso di metile, più tardi suggerito dal Condorelli*) talchè in tutti i compendii di tecnica di laboratorio è attualmente sotto questa forma che il metodo viene riferito (vedasi ad esempio il Chemiker Kalender dal 1922 in poi).

Cade quindi automaticamente anche l'altra obiezione che la aggiunta in eccesso di ammoniaca (che non si ha più usando l'indicatore) possa far precipitare il ferro. Ferro che del resto in ambiente debolmente acido per acido acetico come da ultimo si ha, si ridiscioglie. (Faccio notare a questo proposito al prof. Condorelli, che mi fa colpa perchè nel metodo da me proposto la acidificazione con acido acetico è spinta troppo oltre, — tinta rosa del rosso neutro — che tale punto è stato scelto ad arte perchè in tale ambiente il ferro eventualmente precipitato si ridiscioglie, mentre ricerche minuziose mi hanno dimostrato non danneggiare per nulla tale lievissima acidità, la precipitazione del calcio).

c) Il prof. Condorelli, come ho già rilevato, neutralizza con ammoniaca diluita, mentre il De Vaard usa ammoniaca concentrata. Il Condorelli attribuisce a questo punto molto valore, giacchè, secondo Lui, solo con una neutralizzazione lenta si evita l'occlusione del magnesio. Ed è giusto. Però noti il Condorelli che operando come egli fa i due ossalati di calcio e di magnesio restano in contatto molto a lungo (5-6 ore) il che (Richards) facilita viceversa la occlusione del magnesio. È per questo, ritengo, che il De Vaard (ed io seguendo questo Autore) ha preferito la meno perfetta neutralizzazione rapida, ma seguendo la quale si abbrevia a non oltre 10 minuti il tempo di contatto dei due ossalati.

Per il rimanente le due tecniche decorrono assolutamente identiche, colla sola variante che il Condorelli aggiunge anche 1 cmc. di soluzione di cloruro di ammonio; aggiunta dal De Vaard trascurata e del resto perfettamente superflua, chè cloruro di ammonio in quantità più che sufficente si è già formato con la neutralizzazione ammoniacale dell'acido cloridrico.

Concludendo: due sole differenze *sostanziali* esistono tra le tecniche del Condorelli e quella del De Vaard: 1) la aggiunta fatta dal Condorelli di cloruro ammonico; 2) la neutralizzazione più lenta.

Abbiamo visto più sopra come la prima di tali manualità sia superflua, la seconda forse non utile.

Mi pare quindi non aver sbagliato nel giudicare i due metodi come « *sostanzialmente* uguali ».

*
* *

2) Il prof. Condorelli mi fa colpa di eseguire il dosaggio del calcio sul sangue in toto, e fa rilevare come il liquido di perfusione dei tessuti in realtà sia il solo plasma; dovendosi considerare la parte corpuscolata come un tessuto immerso nel plasma stesso, ma di questo notevolmente più povero in calcio. Quindi solamente nel plasma avrebbe valore determinare l'equilibrio elettrolitico. Ed esemplificando il prof. Condorelli rileva come una ipocalcemia può essere dovuta ad una iperglobulia.

Ma vorrei far osservare al prof. Condorelli, che nemmeno dosando il calcio nel solo plasma o siero si è in grado di conoscere la quantità di calcio-joni del liquido di perfusione, che è notorio non tutto il calcio del plasma essere ionizzato, e, per lo meno, non tutto, ma solo una frazione di esso (60-80 %) essere dializzabile, e quindi non tutto ha valore nell'equilibrio elettrolitico. Non solo, ma la frazione non dializzabile non è costante, ma notevolmente varia da individuo a indivduo in rapporto a fattori noti ed ignoti (in particolare tasso albuminico e quoziente albumino-globulinico).

Ed allora quale vantaggio abbiamo a conoscere, così di per sè preso, il valore calcico del plasma? Si noti d'altra parte che non siamo per niente così sicuri che il contenuto in calcio della parte corpuscolata del sangue debba essere sprovvista di significato, come per nulla possiamo ne-

gare che tra eritrociti e plasma avvengano scambi di sali calcici; ed ancora è molto possibile, ed anzi probabile che nella sedimentazione degli eritrociti parte del calcio venga asportata dal plasma, per semplice adsorbimento superficiale, ed in quantità più o meno notevole a seconda di condizioni mutevoli da caso a caso; ed infine non sappiamo per nulla se il contenuto in calcio degli eritrociti, sia realmente così fisso e stabile come il Condorelli ammette, e per esempio le affermazioni antiche di Lamers e quelle più recenti di Krammer e Tisdall che negano un contenuto calcico agli eritrociti; se contrapposte a quelle; di Mandel e Steudel, Mazzocco e molti altri che viceversa ne affermano un contenuto di Milligr. 1-2 %, ci fanno pensare che tale contenuto possa oscillare in termini anche abbastanza ampii. È perciò che, nella incertezza di tanti dati, mi è parsa più opportuna una determinazione globale, quella della calcemia del sangue in toto, per mettere poi tale cifre in rapporto con tutti i dati necessarii e sufficenti a permetterne una idonea interpretazione, che non adottare senz'altro una cifra, che della maggiore attendibilità non ha che l'apparenza.

È perciò che affermavo nel citato mio lavoro che in ogni caso poi « sarà compito sussidiario del ricercatore di determinare, ove gli sia possibile, il meccanismo per cui in quel determinato soggetto si venne, per esempio, ad una ipocalcemia ». Della quale opinione sono tutt'ora.

Del resto, che la determinazione della calcemia sul sangue totale non sia sprovvista di significato, riconosce lo stesso Condorelli quando afferma che l'ideale sarebbe ricercare il calcio contemporaneamente nel plasma e nella parte corpuscolata, ma aggiunge che, qualora si voglia eseguire *una sola determinazione* questa va fatta su plasma o siero.

Ora io ritengo, ed appunto su questo ho insistito, che una sola determinazione sia sul plasma che sul siero, che sul sangue in toto, sia sprovvista di ogni e qualsiasi significato, oltrechè per le ragioni più su enunciate, anche e principalmente perchè la calcemia non è rappresentata da una cifra costante, fissa, ma oscilla in termini abbastanza ampii. Io ritengo di aver chiaramente messo in luce che nel medesimo soggetto in identiche condizioni dietetiche e di vita, si possono osservare, senza alcuna ragione apparente, variazioni della calcemia da un giorno all'altro perfino di 2 milligr. %.

Ora se si tiene presente quanto spesso si veda affermata nella letteratura una ipo- od ipercalcemia in base a deviazioni dalla norma di 1-2 mmgr. %, constatato in *una sola determinazione*, si comprende facilmente a quali errori possa portare l'accontentarsi di una sola analisi (come il Condorelli sembra ammettere) e come viceversa sia indispensabile che la cifra della calcemia sia rappresentata dalla media di più dosaggi eseguiti in giorni diversi e come infine tale cifra debba in ogni caso essere messa in relazione con tutta una serie di fattori, debba insomma essere « interpretata ».

*
* *

3) Infine il Condorelli, in base a considerazioni puramente teoriche, muove qualche appunto alla tecnica da me proposta. Ed afferma che tale tecnica, visto che segue per la parte precipitazione, le linee generali del metodo di De Vaard, non può essere chimicamente esatta, benchè clinicamente utilizzabile, e ciò per gli appunti più su riferiti, e particolarmente perchè tracce di ferro e magnesio sarebbero precipitate assieme al calcio. Non starò a ripetere quanto ho rilevato più sopra, e così non ripeterò come insussistenti siano alcune delle obiezioni mossemi, perchè non sussiste il fatto che De Vaard (e così io) eseguisca la neutralizzazione a freddo, nè che questa venga regolata dall'olfatto.

E soltanto ricapitolando, vorrei fare osservare che le sostanze che potrebbero inquinare il precipitato calcico, sono ferro, fosforo e magnesio. Ora l'ossalato di ferro è solubile, ed altrettanto dicasi del fosfato, purchè sia presente una quantità sufficente di ossalato ammonico, ed una traccia di acido acetico. Per quanto riguarda il magnesio, sappiamo dagli studii di Richards che ad evitarne la occlusione valgono principalmente: 1) la presenza in eccesso di joni ammonio (nel modo più semplice ottenuti colla aggiunta di cloruro ammonico) per la retrocessione che provocano nella scissione dell'ossalato ammonico e per la conseguente formazione di sali complessi di magnesio, facilmente solubili; 2) il breve tempo di contatto dei due ossalati (si è già accennato più sopra ad altri due fattori; tempo e temperatura di neutralizzazione).

Ora essendosi nel metodo da me descritto ottemperato a tutti questi requisiti era a priori escluso che nessun'altra sostanza all'infuori del calcio venisse precipitata.

Cosa del resto che minuziose ricerche di controllo mi hanno dimostrato, come prima che a me avevano dimostrato al De Vaard.

E poichè il Condorelli vi insiste, ancora un particolare, puramente manuale: non è esatto che io mi valga, dopo centrifugazione, per aspirare il liquido sovrastante al piccolo precipitato, della pipetta ad angolo retto dal Condorelli consigliata. Con questa si può, è vero, vedere il liquido mentre lo si aspira, ma non si può affatto garantirsi dalla asportazione di piccole particelle del

precipitato. Lo stesso Condorelli riconosce essere questa parte della sua tecnica (come di altre precedenti) assai delicata. Appunto per evitare un tale pericolo, consigliavo un piccolo dispositivo ad hoc (raffigurato nel citato mio lavoro) e costituito da un capillare di vetro arricciato su se stesso, in modo che il lume di esso guardi verso l'alto, e collegato ad una pompa ad acqua, di modo che, venendo esercitata la aspirazione verso la superficie del liquido, il precipitato non corre alcun pericolo di venir smosso e la decantazione delle acque di lavaggio può essere eseguita con tutta sicurezza.

Il piccolo dispositivo da me consigliato, nella sua banale semplicità, rende la parte della determinazione che il Condorelli definisce (come è realmente) estremamente delicata, di una facilità elementare, e non ha niente a che vedere colla pipetta dal Condorelli usata.

Del resto la parte veramente originale del metodo da me proposto non consiste in ciò, e nemmeno nell'aver io evitati alcuni errori in cui altri sono incorsi (così il lavaggio con acqua che scioglie parte del precipitato anzichè con alcool come io la eseguo), ma: principalissimamente nel metodo a cui ricorro per la determinazione dell'ossalato. Metodo infinitamente superiore a quelli fin quì usati per una serie di ragioni, e cioè: 1) perchè termina con una titolazione jodometrica e quindi a punto di viraggio nettissimo e costante, anzichè con una titolazione al permanganato che, con soluzioni normalcentesime è sempre piuttosto soggettiva, di difficile apprezzamento (Jansen), soggetta ad una infinità di cause di errore ed a variazioni anche notevoli per una serie di fattori (quali piccole differenze di temperatura durante la titolazione, agitazione più o meno vivace, ecc).

2) Perchè è possibile usare soluzioni titolate a più alta diluizione (soluzioni N/200 o N/250 anzichè N/100) con conseguente aumento della sensibilità.

3) Perchè anche a parità di normalità è più sensibile.

4) Perchè col metodo da me indicato ci si rende quasi completamente indipendenti da minime impurità che tanto spesso rimangono inglobate nel precipitato, o sono con questo centrifugate, o sono comunque provenute dall'ambiente, impurità che per esercitare quasi senza eccezione potere riducente, sono titolate dal permanganato conducendo ad errori a volte anche enormi.

E taccio per brevità di altri numerosi perfezionamenti tecnici. Io insisto nel ritenere il metodo da me proposto di gran lunga superiore e più preciso di tutti quelli preesistenti.

GUIDO MELLI.

MEDICINA SOCIALE.

Il problema nazionale dell'alimentazione.

(F. BOTTAZZI. *Arch. di Scienze biologiche*, ott. 1927).

Il problema dell'alimentazione, mentre è di estrema complessità e di fondamentale importanza fisiologica, tocca d'altro canto i più vitali, i più gelosi interessi della Nazione. Perchè, in somma, un'alimentazione razionale, cioè fondata su principii rigorosamente scientifici, è la prima necessità della vita e condizione imprescindibile di ogni efficace attività lavorativa; e solo un popolo che riceva dalla sua terra gli alimenti che gli abbisognano può dirsi sicuro in casa sua in caso di guerre. Si può dire che, dalla soluzione che ciascun popolo dà al problema della nutrizione dipende, non solo il suo benessere attuale, ma anche il suo avanzamento intellettuale.

Problema complesso, nello studio del quale debbono concorrere parecchie discipline. È necessario anzitutto conoscere le proprietà fisiche e chimiche degli alimenti, la loro digeribilità, la capacità degli organismi di utilizzarli. Fino a poco tempo fa, l'analisi chimica consisteva nelle determinazioni del contenuto in acqua, proteine, carboidrati, grassi e sali inorganici; ma ora, intende di preferenza a chiarire la struttura molecolare delle sostanze nutritive ed a cercare i rapporti fra essa e il loro valore fisiologico. Vi sono volumi di tabelle in cui sono registrati in gran parte questi dati, sicchè sembra cosa agevole il comporre le diverse diete. Ma bisogna anzitutto tener presente che tali dati sono in gran parte forniti da sperimentatori di altri paesi e si riferiscono a prodotti vegetali ed animali di altri paesi. Una prima necessità sarebbe quindi quella di determinare con metodi analitici perfezionati la composizione, le proprietà fisiche e l'utilizzazione fisiologica degli alimenti che fornisce il nostro paese, in quanto che tali proprietà variano a seconda la provenienza. Non solo, ma anche annualmente si hanno delle variazioni notevoli. Così è stato dimostrato per il grano rumeno che la stessa varietà, analizzata per sei anni consecutivi ha presentato variazioni nelle proteine (fino a 2 volte e 1/2 il valore minimo), nei grassi (1,8 volte), nella cellulosa e nelle ceneri (rispettivamente 2 volte e 2 volte e 1/2). Variano anche il volume dei grani e la sfarinabilità. È quindi evidente la scarsa attendibilità dei valori medî e come sia imprudente valersi di questi quando si voglia determinare la razione alimentare, tanto più tenendo presente che analoghe variazioni possono aversi anche in tutti gli altri alimenti.

L'osservazione di quanto avviene nelle condizioni naturali mostra che gli animali e gli uomini si alimentano assai diversamente secondo la regione della terra dove dimorano, il clima, la stagione ed altre circostanze. Tutti vivono, si riproducono, lavorano; ma l'alimentazione ed i processi metabolici che si compiono nei loro tessuti non possono essere identici negli erbivori e nei carnivori, negli eschimesi e negli abitanti dei tropici, negli alpigiani e nei siciliani. Le grandi differenze che si osservano a tale riguardo ci dimostrano la necessità di non adattare ad ogni popolazione principî fisiologici concernenti la nutrizione e razioni alimentari stabilite per altre, o per un determinato gruppo di individui. Occorre invece determinare singolarmente per le varie classi di lavoratori del nostro paese e delle varie regioni di esso, nelle differenti condizioni, le esigenze nutritive normali, guardandosi dall'applicare ad essi i dati ottenuti da studiosi tedeschi od americani.

L'ASPETTO QUANTITATIVO DEL PROBLEMA DELL'ALIMENTAZIONE.

Si calcola che noi spendiamo oggi almeno un quarto delle nostre entrate per l'acquisto di derrate alimentari. Sui 28 milioni e mezzo di ettari del nostro territorio nazionale, appena 12 e mezzo sono seminativi o coperti da piante legnose, cioè produttivi di alimenti vegetali E l'Italia è costretta ad importare circa un terzo del grano occorrente, e cifre rilevantissime raggiunge pure l'importazione di carne, di grassi, di formaggi, di baccalà, ecc.

Solo le Americhe e l'Australia possono bastare a loro stesse e rifornire anche almeno tre dei grandi stati europei. Invece tutte le nazioni europee importano derrate alimentari, hanno cioè una bilancia alimentare passiva. Nel 1909-1913, l'Italia veniva ultima, sotto tale riguardo, con l'importazione dell'11,69 % delle calorie occorrenti; ad essa seguiva la Germania, col 12,82 %, la Francia col 15,15 % e l'Inghilterra col 58,27 %. La nostra minore importazione però, pure essendo gravosa per un paese povero come il nostro, rivela non una produzione proporzionalmente maggiore, ma un consumo minore di quello che sarebbe fisiologicamente richiesto, in altre parole, uno stato di alimentazione cronicamente insufficiente.

Soltanto l'Italia, di fatto, prima della guerra, aveva una bilancia fisiologica passiva, poichè, stabilita in 3300 calorie lorde la razione giornaliera dell'uomo medio, si è veduto che il tedesco riceveva 4050 calorie, l'inglese 3704, il francese 3644 e l'italiano 3119. Vale a dire che, mentre tedeschi, inglesi e francesi disponevano di una razione eccedente la normale rispettivamente di 740, 404, 344 Cal., gli italiani disponevano di una inferiore di 181 Cal. alla minima normale.

Con queste condizioni di inferiorità alimentare, noi affrontammo la guerra e solo molto tardi dalla « Commission scientifique interalliée du ravitaillement » (C. I. S. R.) venne assegnata ai nostri soldati una razione soddisfacente per quanto di molto inferiore a quella degli inglesi, francesi e degli stessi tedeschi. E l'Italia fu la prima a subire le privazioni della guerra ed a risentirne le più gravi conseguenze nell'alimentazione dei suoi abitanti.

Ma nemmeno dopo la guerra si sono avuti miglioramenti. La razione dell'uomo medio fu di 2993 Cal. nel 1919-1921 e di 3113 nel biennio 1922-1924, inferiore cioè di 6 Cal. a quella prebellica

Un miglioramento in questo senso può ottenersi anzitutto aumentando la produzione, nonchè utilizzando meglio i prodotti nazionali e quelli importati, assegnando ai lavoratori, che costituiscono la maggioranza dei consumatori, una razione alimentare determinata, conforme al bisogno effettivo ed evitando infine rigorosamente ogni sperpero, ogni consumo di lusso.

L'A. cita a tale proposito l'utilizzazione della farina di soja, la quale presenta i vantaggi di contenere maggiore percentuale di proteine, di grassi, di vitamine A e B e di essere molto a buon mercato; al suo difetto in sali di calcio ed in carboidrati, si può facilmente rimediare.

Le ricerche di Memmo e di Ducceschi hanno dimostrato che il pane fatto col 10 % di farina di soja è gradevole al gusto ed è ben digerito ed utilizzato. E, poichè le proteine di soja, oltre a trovarsi in maggior quantità ed a costare meno, sono per giunta anche complete dal punto di vista del loro contenuto in aminoacidi ed atte a promuovere il normale accrescimento dei giovanissimi organismi, il vantaggio della sostituzione è evidente.

L'ASPETTO QUALITATIVO DEL PROBLEMA DELL'ALIMENTAZIONE.

Non bisogna però ritenere che, perchè una razione sia completa, basti che essa fornisca all'organismo una determinata quantità di energia libera, da valutarsi con la corrispondente quantità di calore; è anche necessario che essa risponda a certe esigenze della sua composizione chimica.

La prima concezione fu imperante fin verso la fine del secolo scorso; l'organismo animale fu considerato press'a poco come una macchina termica, onde ciò che importava conoscere erano i suoi bisogni espressi in termini di energia, tanto

che Rubner fu indotto a formulare la « legge dell'equivalenza isodinamica » dei tre principî alimentari ed a dedurre che i tessuti domandano non l'uno piuttosto che l'altro di essi ma energia e, propriamente, energia chimica.

Pur non disconoscendo la grande importanza della calorimetria e delle applicazioni della termodinamica al metabolismo animale, si deve riconoscere che esse sono insufficienti; anzi, che è errore gravissimo, nel giudicare dell'efficienza di una razione alimentare, il tener presente solo il suo valore calorico; gli esseri viventi non sono tali sistemi da poter considerare gli avvenimenti che vi si svolgono solo dal punto di vista della termodinamica, astraendo dai meccanismi molecolari che ne costituiscono il substrato.

Essi sono per eccellenza il dominio della qualità. Ad essi importa molto se le molecole delle proteine alimentari contengono questo o quello aminoacido e in che proporzione rispetto agli altri; importa la conformazione molecolare degli aminoacidi e degli zuccheri semplici; importa se gli acidi grassi sono saturi o non, se sono parzialmente ossidati o non, se combinati soltanto con glicerina o fanno parte, insieme con acido fosforico e qualche base azotata, di corpi assai più complessi quali i lipoidi; importa se i sali inorganici sono, e in che grado, dissociati e che l'equilibrio normale fra i varî joni dell'organismo sia rigorosamente conservato. Dalla struttura molecolare dipendono le proprietà caratteristiche della materia vivente, la utilizzazione delle sostanze nutritive ed il decorso dei processi metabolici catalizzati dagli enzimi.

Non è la legge dell'equivalenza isodinamica degli alimenti che governa i fenomeni della nutrizione, bensì « la legge del minimo »; ed il « fattore limitativo » in questo campo può essere, non solo la razione energetica, ma qualunque dei principii alimentari. Solo se la razione è equilibrata nel senso chimico, cioè dal punto di vista qualitativo, l'energia può diventare l'unico « fattore limitativo ». Ma fattori limitativi sono più sovente le proteine, le vitamine (delle quali si sa finora poco più di questo, che in minima quantità sono indispensabili alla nutrizione), certi joni inorganici, perfino certi aminoacidi. Per quanto piccola sia la quantità indispensabile di tali sostanze, finchè essa non sia raggiunta, l'utilizzazione della razione alimentare è ridotta in proporzione del difetto del costituente indispensabile. Questa è « la legge del minimo » ed è di fondamentale importanza nella fisiologia della nutrizione come nell'agricoltura. Si comprende che, quando la razione alimentare è tanto ricca da soddisfare, anzi superare il bisogno energetico dell'organismo e libera è lasciata la scelta dei cibi, assai difficilmente si verifica il caso dell'assoluta mancanza di un componente indispensabile; più spesso accade che il valore energetico totale sia insufficiente e che difettosa sia la sua composizione qualitativa.

Comunissima è la scarsezza dei grassi nella razione alimentare ed il prevalere di quelli di deposito sui grassi d'organi; difetto, il primo, che può essere compensato, ma solo dal punto di vista calorico, da una quantità corrispondente di idrati di carbonio. Di scarsezza dei grassi e del corrispondente eccesso di carboidrati durante la guerra soffrirono tutti i popoli belligeranti, ma soprattutto i tedeschi, nei quali si manifestò per conseguenza una speciale forma di perturbamento dello stato chimico-fisico dei tessuti e della nutrizione in generale.

Non infrequente è la scarsezza dei fosfati e del calcio, specialmente nell'alimentazione delle classi elevate. Di maggiore importanza però è la questione concernente la qualità delle proteine. Non basta stabilire la razione proteica giornaliera; bisogna accertarsi se le proteine contengono almeno la quantità minima di aminoacidi indispensabili per la restaurazione della quota di logorìo. Occorre inoltre tener presente che gli aminoacidi non servono solamente per la sintesi delle proteine che entrano a far parte del protoplasma specifico dell'organismo, ma anche per complicate trasformazioni molecolari di prodotti destinati a funzioni importantissime. Ora, non ogni proteina contiene tutti quegli aminoacidi che l'organismo animale, a quanto sembra, è incapace a fabbricare da sè (p. es., il triptofan) ed alcune li contengono, ma in quantità troppo piccola. Sono particolarmente le proteine vegetali quelle in cui gli aminoacidi più complessi fanno difetto. Somministrare ad un animale, specie se in periodo di accrescimento, una dieta in cui le proteine contengano tutti gli aminoacidi necessarî meno uno di quelli che non può fabbricare da sè, equivale come fornire ad un tipografo una grande massa di caratteri nella quale però manchi una lettera; egli non potrà comporre nemmeno una pagina ed i caratteri rimarranno per la massima parte inutilizzati.

Ora le proteine animali, salvo la gelatina a cui manca la cistina, sono sicuramente complete per quanto riguarda gli aminoacidi indispensabili ed è questa la ragione per cui si richiede che almeno una parte della razione proteica giornaliera sia fornita dalla carne, fra cui debbono comprendersi anche le frattaglie, di cui il valore nutritivo è elevatissimo.

Ma la specificità delle proteine cellulari non è data soltanto dalla qualità degli aminoacidi, ma anche dall'infinita molteplicità di forme di ag-

gruppamento che essi possono produrre combinandosi in vario modo. Nè le conoscenze circa la struttura molecolare delle proteine si esauriscono col sapere che esse risultano da una ventina di aminoacidi insieme riuniti per legami amidici, chè anzi tendono oggi a prevalere le nuove vedute sulla struttura ciclica di queste sostanze. E dei composti ciclici che entrerebbero nella composizione delle proteine si è tentata, con risultati confortanti, la sintesi.

Si può dunque ritenere che dei composti diversi dagli aminoacidi o di polipeptidi possano essere assorbiti dall'intestino, circolare col sangue e giungere alle cellule, che li utilizzerebbero nei processi di assimilazione. Per conseguenza, è possibile che una proteina, pur contenendo tutti gli aminoacidi conosciuti, risulti inadeguata ai processi nutritizi se essi non vi si trovino uniti a formare i composti ciclici a cui si è accennato. Così, la nota superiorità fisiologica delle proteine animali potrebbe dipendere dal contenere esse quei composti ciclici in forme e combinazioni più adeguate al metabolismo cellulare. Quindi, non è lecito affermare, come si fa da taluni, che le proteine della soja possono sostituire interamente quelle animali, fino a che esperienze continuate per generazioni non abbiano dimostrato che tale sostituzione non produce effetti sensibili sui caratteri della specie.

E, per quanto riguarda i noti esperimenti su diete vegetariane e le considerazioni che se ne traggono, osserva l'A. che non si tratta di dimostrare sperimentalmente o statisticamente che l'uomo può vivere con una razione di proteine esclusivamente o prevalentemente vegetali. Si tratta invece di vedere se la vita dell'uomo civile moderno, del pensatore, del lavoratore comporta l'introduzione e la digestione di una grande massa di alimenti, quale è resa inevitabile dal regime vegetariano. Si tratta di vedere se una razione proteica esclusivamente vegetale continuata per generazioni permetta all'uomo di raggiungere il più alto grado di vigore fisico ed intellettuale ed a noi di riconquistare quel primato fra i popoli civili, di cui oggi tanto si parla senza considerarne gli indispensabili fattori fisiologici.

DISPONIBILITÀ DI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE.

Il regime alimentare delle classi lavoratrici italiane è caratterizzato da eccesso di idrati di carbonio, da scarsezza di grassi, che sono per la massima parte vegetali, da scarsezza o totale assenza di proteine animali. Per portare delle cifre, diremo che in Italia, nel 1921 si sono consumati 16 kg. di carne per ogni abitante, mentre se ne sono consumati 55 in Francia, 60 in Inghilterra, 69 nell'America del nord, 103 in Australia, 115 in Argentina; per il latte, i valori sono di 15 litri all'anno per ogni italiano, 90 per l'Inghilterra, 235 per la Germania, 265 per la Svezia; analoghe disparità si trovano per il burro e per i formaggi. Vi sono in Italia milioni di individui che ricevono per 360 giorni dell'anno una razione del tutto priva di proteine animali e di grassi di organi; milioni di bambini che, dopo l'allattamento, non ricevono più nè latte nè burro, indispensabili agli organismi in accrescimento.

È soprattutto il costo che spinge a cercare in altri alimenti di che sfamarsi. Nel 1918, a Napoli, 100 grammi di proteine costavano L. 0,75 se fornite dal pane, 3,60 se dal latte, 7 se dalla carne di manzo; 1000 cal. costavano L. 0,10 se ottenute dalle patate, 0,23 se dai maccheroni, 2,80 se dal latte di mucca, 8,65 se dalla carne.

Una delle ragioni di questo maggior costo è la scarsità della nostra produzione animale, non solo di bovini, ma anche di maiali, che sono la macchina più efficiente per la fabbricazione di carne e di grasso. È quindi tutto nostro interesse sviluppare al massimo la nostra industria zootecnica e quella della pesca, in modo da fornire: 1° non meno di g. 1,5 di proteine per kg. di peso del corpo (105-115 g. per l'uomo medio) delle quali almeno un terzo di proteine animali; 2° non meno di 75 g. di grassi; 3° la razione di latte che spetta ai bambini.

IL LABORATORIO PER LO STUDIO DEI PROBLEMI ALIMENTARI

I vari problemi connessi con l'alimentazione, dalla soluzione dei quali dipendono il benessere del nostro popolo, l'efficienza lavorativa dell'operaio, la pace sociale e la sicurezza della Patria, sono tali da dovere essere trattati con metodo rigorosamente scientifico e per tutti gli aspetti che presenta il loro studio. Ma i dati scientifici che attualmente possediamo sulla fisiologia e la statistica dell'alimentazione sono scarsi ed incompleti, essendo più che altro il frutto di ricerche frammentarie e non sistematiche.

Per ovviare a questi inconvenienti e che si presentarono in tutta la loro importanza durante la guerra alla C. I. S. R., i nostri ex-alleati hanno già adottato provvedimenti intesi ad attuare nei rispettivi paesi la proposta di fondazione di un « Laboratorio per lo studio dei problemi della alimentazione umana », proposta che la detta Commissione fece fin dalle prime riunioni ed, in seguito, estese anche nel senso di trasformare la Commissione provvisoria in permanente.

Con i professori Gini, dell'Istituto centrale di Statistica, e Menozzi, direttore della Scuola agraria superiore di Milano, l'A. presenta oggi la proposta di fondare un Laboratorio nazionale per lo studio di tali problemi.

Si potrebbe creare *ex-novo* un grande Istituto, costituito da varie sezioni con un capo e vari assistenti forniti di adeguata preparazione scientifica e tecnica. Tale Istituto dovrebbe, fin dall'inizio, essere in rapporto, da una parte con quello centrale di Statistica, dall'altra con una Scuola superiore di agricoltura, affinchè nel Laboratorio potessero eseguirsi anche le ricerche sul metabolismo e l'alimentazione degli animali domestici. È questo il sistema seguìto dagli americani (Nutrition Laboratory di Boston) e dai giapponesi.

Diverso è il metodo adottato dagli inglesi. Si potrebbe, a tale scopo, creare una Direzione generale a Roma e distribuire le varie sezioni presso i maggiori Istituti universitari di Chimica, di Fisiologia, di Chimica biologica, in continua ed immediata relazione con la Direzione generale, dalla quale riceverebbero suggerimenti circa le ricerche da istituire ed alla quale dovrebbero trasmettere, oltre che i risultati ottenuti, le proposte di indagini nuove e suggerimenti di ogni genere.

Vario e molteplice sarebbe il lavoro delle sezioni. In primo luogo, l'analisi fisica, chimica e batteriologica, con la determinazione del valore calorico. Vengono poi le ricerche sulla digeribilità degli alimenti, sull'assimilabilità, sul ricambio materiale ed energetico dell'uomo, sul metabolismo basale e sui vari fattori che vi influiscono. Di speciale importanza sarebbero le ricerche di calorimetria diretta ed indiretta da fare sull'uomo.

Verrebbe infine il compito della statistica che consiste, in questo campo, nel determinare le quantità totali delle varie specie di alimenti che occorrono annualmente alla popolazione italiana, cioè nel calcolare la bilancia alimentare del Paese.

Si compirebbe in tal modo un'opera altamente utile, di grande interesse per il benessere del popolo italiano.

FILIPPINI.

SUNTI E RASSEGNE.

VIE RESPIRATORIE.

Gli ascessi del polmone.

(A. RAVINA. *Revue de médécine*, n. 3, 1927).

L'esistenza di suppurazioni polmonari deve essere oggidì ammessa con maggior frequenza che non siasi fatto finora; a fianco degli ascessi polmonari le pleuriti interlobari formano una gran percentuale delle suppurazioni, ma non preponderano.

Gli ascessi polmonari sono sempre secondari o ad infezioni generali nelle quali streptococchi, stafilococchi, colibacilli ecc. giungono al polmone per via ematica. Quasi sempre in tali casi multipli, Rathery ed altri ne hanno descritti solitari e voluminosi. Prognosi sempre fatale. Ne furono visti seguire ad operazioni chirurgiche (ernie strozzate, appendicite, infezioni puerperali), ad endocarditi, a flebiti, ad infarti, ecc.

In altri casi la suppurazione polmonare è secondaria a lesioni infiammatorie locali (polmoniti, broncopolmoniti, influenzali ecc.) in specie pneumonitiche o ab ingestis. Suppurazioni polmonari furono notate in seguito ad inalazione di gas bellici. Infine ascessi polmonari possono essere conseguenza di suppurazioni epatiche subfreniche o mediastiniche (Pott-Cancro esofageo). Interessanti sono gli ascessi del polmone amebici descritti da Rist ed altri. Per analogia i germi che vi sono stati trovati furono streptococchi, stafilococchi, bacilli di Pfeiffer, di Friedlander, coli, amebe, anaerobi e spirilli.

In genere gli ascessi del polmone sono polimicrobici.

Gli a. miliarici multipli invadono tutto il tessuto polmonare e non sorpassano in genere il volume di un pisello: sono organizzati intorno ad un capillare polmonare e contengono pus denso e giallastro. Gli a. consecutivi ad infarto sono scarsi e talora unici: in genere interessano la corticalità. Sono note le tre fasi per cui passa la loro evoluzione: infarto rosso, bianco, suppurazione finale. Gli a. consecutivi alle broncopolmoniti sono lobulari, arrotondati, multipli ed al taglio mostrano una superficie anfrattuosa con pus denso. L'esame microscopico mostra una zona centrale suppurata circondata da una zona di alveolite nello stadio di epatizzazione grigia. I grandi ascessi contengono pus grigiastro od emorragico, con parete anfrattuosa, in pieno centro di blocco di epatizzazione. Da notare che se all'autopsia è facile distinguere un grande ascesso da una caverna tubercolare, è talora invece difficile distinguerli da una pleurite interlobare le

cui pareti dovrebbero essere regolari ed indipendenti da ogni processo di epatizzazione. Esistono infine a. gangrenosi con pus fetido, pareti anfrattuose ed in comunicazione con un grosso bronco. Voluminosi sono anche gli ascessi consecutivi a lesioni di vicinanza: sono nettamente limitati, e comunicano con un tragitto irregolare con l'organo donde provengono.

La sintomatologia degli a. p. è spesso frustra: i piccoli sono quasi sempre sconosciuti; una speciale individualità hanno i grandi. Se ne hanno metapneumonici e parapneumonici a seconda del tempo di malattia in cui compaiono. Di rado alcuni a. p. sono in apparenza primitivi.

L'evoluzione è variabile: in alcuni casi si evacuano con una vomica, in altri si aprono nella pleura e si complicano con piopneumotorace o con pleuriti purulente. La vomica spesso è netta: se precoce può costituire secondo Trousseau un segno differenziale con le pleuriti interlobari; essa può essere preceduta da una recrudescenza dei sintomi generali febbre, dispnea, dolori; o si può produrre bruscamente preceduta da fetidità dell'alito, da senso di strappamento toracico cui seguono intensa tosse e soffocazione, con apparente miglioramento successivo. Ma il più spesso la vomica non è netta e si ha una espettorazione che diviene sempre più abbondante e purulenta. L'esame radiologico precisa la diagnosi mostrando le immagini ovali a grande asse verticale, con raccolte liquide o idro aeree: da rilevare caratteristico fatto, il netto doppio contorno dell'ombra, contorno del tutto regolare (Paisseau, Salomon, Aimé, Ravina).

Poichè la vomica è impotente per se sola a drenare la cavità, la evoluzione degli a. p. è sempre grave, con cachessia progressiva del malato, spesso accelerata da una pleurite purulenta, da un piopneumotorace, da una pericardite, da una setticemia, da una trasformazione gangrenosa dell'ascesso. All'opposto sono anche stati descritti molti casi di progressivo miglioramento e guarigione e non rari casi di guarigione sotto l'azione dell'emetina.

Questo per gli a. p. di grande volume: quelli consecutivi a piemia passano per lo più inosservati con la loro scarsa sintomatologia in mezzo al grave quadro della infezione generalizzata originaria.

Gli a. p. migratori differiscono per la loro evoluzione generalmente lenta secondaria al focolaio primitivo: talora assumono l'aspetto di una sindrome polmonare diaframmatica.

Dai numerosi lavori pubblicati in questi ultimi anni sull'ascesso amebico risulta che se ne possono distinguere due varietà: alcuni dovuti a propagazione di una suppurazione epatica, altri primitivi. Nel primo caso si tratta di vecchi dissenterici con fatti epatici nei quali compaiono dolori alle regioni scapolari, tosse secca ed infine una vomica. L'a. p. primitivo sembra più raro: l'inizio è in genere brutale, con dolore toracico e tosse, con espettorazione dapprima ematica netta poi ematico purulenta con reperto di amebe. Guariscono con l'emetina.

La diagnosi degli a. p. è difficile prima della vomica ed impossibile nei piccoli ascessi: occorre rivolgersi alla radioscopia ed alla puntura esplorativa e differenziarli dall'epatizzazione, dalla pleurite interlobare, dalla gangrena polmonare, dalle caverne tubercolari, dalle bronchiettasie, dai cancri del polmone.

Gli esami di laboratorio (ricerca del bacillo di Koch, delle amebe, ecc.) ci saranno utili per stabilire l'etiologia.

Negli a. p. unici si può agire con l'intervento chirurgico ed il drenaggio: si tratta però sempre di intervento grave anche perchè non è facile identificare la sede dell'a. p. La semplice puntura evacuatrice, seguita da lavaggi antisettici ha guarito molti a. p. poco voluminosi. Talora dopo la vomica si è mostrato utile il pneumotorace artificiale utile specialmente se l'a. comunica largamente con i bronchi: occorre però che la pleura sia completamente libera.

A questo trattamento è stato ritenuto utile aggiungere l'olio gomenolato per via intratracheale. Sono stati descritti casi di guarigione con la sola sieroterapia, ma sembra oggidì che ci si debba orientare verso l'autovaccinoterapia. Non è abbastanza superfluo ricordare che in caso di natura amebica l'emetina porta a guarigione.

Vediamo perciò la grande variabilità della cura che dovendosi applicare caso per caso porta a prognosi individuale non sempre fatale dell'a. p.

MONTELEONE.

I nuovi trattamenti medicamentosi e dietetici della tubercolosi.

(G. SCHRÖDER. *Zeitschr. f. Tuberkulose*, Bd. 48, H. 4, 1927).

1) *Terapia eccitante specifica ed aspecifica.* — Uno dei problemi più studiati è stato ed è quello della vaccinazione preventiva e curativa contro la tubercolosi. Fino ad ora si riteneva che tale scopo non potesse essere raggiunto che usando un virus vivente, mentre invece oggidì le ricerche vengono di preferenza fatte per mezzo di bacilli della tubercolosi a virulenza più o meno attenuata, per quanto i vecchi tentativi con virus del tutto uccisi siano assai scarsamente riusciti.

Tra i più recenti studi vanno mentovati quelli di Calmette, col suo vaccino (B. C. G.). Questo è

stato somministrato per os a migliaia di bambini in Francia, senza che si verificassero incidenti di sorta, e si può dire che la massima parte dei vaccinati è restata tuttora sana, pur restando esposta al contagio esogeno.

La critica che può muoversi a tale metodo, è che ancora non è dato con sicurezza stabilire come si comporteranno in futuro nell'organismo umano questi germi attenuati nella loro virulenza, ma non morti. In Olanda, inoltre, si sarebbero constatati incidenti morbosi in alcuni vaccinati.

In Germania è stato analogamente usato il vaccino Langer in numerosi bambini, nei quali si potè dimostrare l'insorgenza, nel decorso di alcuni mesi, di un'allergia positiva evidente, da interpretarsi, secondo Langer, come un aumento dei poteri di resistenza verso un'infezione consecutiva.

Resultati incoraggianti sarebbero stati ottenuti coi tentativi di vaccinazione dei Giapponesi Arima, Aoyama e Ohnawa, i quali hanno impiegato dei bacilli avirulenti, sviluppatisi in terreni nutritivi contenenti saponine.

Analogamente, Bisceglie e Schäffer hanno usato bacilli sottoposti all'azione del bromuro di sodio.

Spronck e Hamburger hanno introdotto un loro preparato consistente in bacilli di Koch uccisi, provenienti da culture speciali, nelle quali il germe perde il carattere dell'acido-resistenza.

L'A. ha poi ripreso i propri studi riguardanti l'azione degli estratti di organi linfatici sulla struttura del bacillo di Koch, il quale, a contatto di tali sostanze, perde la sua capsula grassosa e l'acido-resistenza, ed ha composto un vaccino che sembra abbia una certa efficacia immunizzante e curativa.

Vi è poi una lunga serie di mezzi terapeutici basati sulla « terapia eccitante specifica », molti dei quali costituiscono specialità messe in commercio con vari nomi. Si è pure cercato da lungo tempo, sempre su tali basi, di aumentare l'azione difensiva degli organi cutanei verso l'infezione tubercolare, facendo penetrare i bacilli, variamente trattati, e le tubercoline appunto attraverso alla cute.

Uno di tali metodi, caldamente sostenuto di recente da Guttmann e da Kersenboom, è quello di Sahli, dell'iniezione subepidermica di vecchia tubercolina.

A questa categoria appartiene anche il metodo di Ponndorf. Più malsicura e di effetto problematico è la somministrazione di simili sostanze per via orale.

Ancor più problematici sono i resultati della « terapia eccitante aspecifica », fondata sulle reazioni umorali provocate dall'introduzione nell'organismo di sostanze estranee, la cui presenza determinerebbe processi reattivi ed infiammatori vari, congiunti a deviazioni del ricambio intermedio.

Tali sostanze possono essere di natura proteinica o lipoidea, e in commercio si trovano varie specialità del genere, con denominazioni diverse.

Lo stesso metodo di cura dell'A., più sopra mentovato, e consistente in miscele di bacilli di Koch e di estratti linfocitari, rappresenta in ultima analisi una terapia lipoidea.

Bayle avrebbe ottenuto il 75 % di guarigioni di tubercolosi polmonare coi suoi estratti di milza.

2) *Terapia medicamentosa.* — Alcuni vecchi metodi di cura sono stati rimessi in vigore, quale ad esempio le strofinazioni e le applicazioni saponose di trementina, e nei casi con tendenza al catarro cronico delle vie aeree inferiori se ne sono tratti resultati curativi discreti.

Più recenti sono i tentativi con preparati di silicio e di calcio, per via orale e per via endovenosa. Pinkhof avrebbe avuto resultati incoraggianti con serie di iniezioni endovenose della soluzione di cloruro di calcio al 10 % (5 cmc. per volta).

Una buona azione emostatica nelle emottisi è stata constatata nei preparati di canfora ad alta dose (3 cmc. di soluzione al 20 % ogni 6 ore, per 1-2 giorni).

Nei disturbi cardiaci, specialmente nella miocardite dei tisici, gioverebbero secondo Bodmer iniezioni endovenose di 30-100 cmc. di soluzione di glucosio al 30-50 %, ripetute 4-5 volte nella giornata, unitamente a insulina sottocutanea, per opporsi alla glicemia.

Nelle tubercolosi croniche, complicate con lues cronica, il treparsolo può riuscire giovevole.

Nelle forme complicate da infezioni miste sono invece consigliate le inalazioni a base di soluzioni idroalcooliche di mentolo, olio di trementina, olio di pino, formalina.

Di efficacia quasi nulla sembrano al contrario i vaccini misti, ottenuti direttamente dallo sputo del paziente.

3) *Chemioterapia.* — In questo campo sono i preparati d'oro che hanno destato il massimo interesse.

È molto problematico che la terapia aurica eserciti azione diretta sul tessuto tubercolare e sul sistema reticolo-endoteliale. Secondo l'A., si deve piuttosto ritenere che si tratti di una vera e propria terapia eccitante.

Il più recente e il più discusso dei preparati aurici è la sanocrisina di Möllgaard, intorno alla cui efficacia i pareri sono molto discordi. La somministrazione di dosi forti del rimedio non è, ad ogni modo, scevra d'inconvenienti, verso i quali il siero speciale, preparato dallo stesso Möllgaard, riesce senza effetto.

Analoga incertezza terapeutica esiste per gli altri preparati aurici del commercio.

Recentemente sono stati riportati successi con la terapia col rame. Il solfato di rame al 10 %, iniettato in quantità di 2-3 cmc., avrebbe efficacia nelle fistole tubercolari.

Del tutto inutile, e piuttosto nociva sembrerebbe essere la terapia iodica per bocca, usata specialmente in Francia.

4) *Terapia nutritiva.* — Per combattere la demineralizzazione dell'organismo tubercolare è stata recentemente vantata una dieta speciale (Gerson), priva del tutto di sale, ma ricca di altri minerali e di sostanze alcaline. Tale ipernutrizione alcalina favorirebbe il depositarsi del calcio, altrimenti ostacolata dallo stato di acidosi.

L'olio di fegato di merluzzo occupa un posto sempre importantissimo, specie se vi si aggiunge del calcio.

Poichè le forme torpide di tubercolosi sono di regola accompagnate da una aumentata glicemia, si è in tali casi provata la terapia insulinica. Si iniettano 2 volte al giorno da 5 a 50 unità, somministrando contemporaneamente abbondanti idrati di carbonio.

Con tale metodo si hanno talora reazioni a focolaio; lo controindicano inoltre le forme attive, e quelle con tendenza all'emottisi. Si sospenderà poi durante le mestruazioni.

Partendo infine dall'osservazione che gl'individui con diatesi gottosa si ammalano di forme benigne di tubercolosi, si è cercato di aumentare artificialmente nell'organismo l'acido urico, somministrando speciali estratti di carne. I resultati non sono però ancora decisivi.

M. FABERI.

PANCREAS.

Ricerche cliniche e anatomo-istologiche sulle necrosi pancreatiche guarite.

(SPRENGELL. *Beitr. z. Klin. Ch.*, Bd. 140, H. 1, 1927).

Esistono molti casi di necrosi acuta del pancreas guariti, nei quali ad una nuova laparotomia non è stata trovata alcuna traccia di necrosi pancreatica. Lo stesso è capitato di vedere in un caso del reparto chirurgico dell'ospedale Elisabetta di Berlino diretto da Landois. Una giovane di 21 anni venne operata con diagnosi di peritonite generalizzata per probabile ulcera perforata dello stomaco o della cistifellea, mentre furono trovati i segni di una necrosi grassa del pancreas. Fu aperta la capsula pancreatica e drenata la cavità e venne fatta una colecistostomia dopo apertura della cistifellea. La paziente guarì.

Dopo 4 mesi fu praticata la colecistectomia con drenaggio dell'epatico. Fu rivisto perciò il pancreas che si presentava come una corda di colorito gialliccio. Nella letteratura manchiamo di dati precisi sulla grandezza, aspetto e sopratutto di reperto istologico del pancreas. Körbe è stato il primo (1893) che ha potuto studiare un pancreas guarito di necrosi acuta in un uomo morto dopo 7 anni per coma diabetico: alla sezione fu trovata la testa del pancreas conservata, il corpo e la coda sostituiti da cicatrice. Il reperto microscopico non fu dato in extenso.

Altri reperti anatomo-patologici macro- e microscopici non si trovano anche nei più grossi trattati. I reperti di autopsia sembrano rari.

L'A. ha avuto l'occasione di osservare un altro caso guarito di necrosi pancreatica operato da Landois anche questo trattato con apertura e drenaggio della cavità pancreatica e colecistostomia. La paziente fu rilaparotomizzata per la fistola biliare e fu rivisto il pancreas che apparve di aspetto e di grandezza normale. Dopo 18 mesi dall'uscita dall'ospedale la paziente vi tornò coi segni di un ileo e morì. All'autopsia fu rinvenuta un'ansa intestinale strozzata; il pancreas presentava colorito grigio ed aspetto lobato, alquanto ingrossato, con dotto pancreatico pervio. Istologicamente si trovò la struttura in lobuli con tessuto interstiziale ricco di isole di Langerhans a volte straordinariamente grosse. In un solo punto si trovò una forte atrofia con infiltrazione parvicellulare.

I due casi occorsi in due donne rispettivamente di 21 e 56 anni furono trattati ugualmente con l'apertura della capsula, il drenaggio della retro cavità e la colecistostomia. In tutt'e due per la riparazione della fistola biliare si potè rivedere il pancreas che apparve normale. Nel secondo caso morto per ileo fu fatta l'autopsia con il reperto su descritto nel riguardo del pancreas.

Dai due casi si detrae la nozione che il pancreas ha un tessuto resistente e capace di rigenerazione. L'ipertrofia delle isole di Langerhans si può spiegare con un aumento della funzione in seguito alla perdita di parenchima come è stato dimostrato sperimentalmente con la legatura dei dotti dopo trapianto da Joms.

Nei due casi il pancreas riprese tutta la sua funzione non essendosi trovato mai zucchero nelle urine.

R. BRANCATI.

La diagnosi del cancro primitivo del pancreas.

(FRIED. *Boston Medical-Surg. Journal*, 1927, n. 16).

La diagnosi del cancro primitivo del pancreas è difficile anche negli stadi avanzati della malattia. Spesso è presso che impossibile fare distinzione tra tumore epatico e pancreatico, tra tumore ed infiammazione del pancreas.

La complessità della diagnosi è essenzialmente legata alla topografia del pancreas, al fatto che esso è quasi inaccessibile all'esplorazione, nonchè

al fatto che si trova in rapporto con organi importanti e soggetti a varie specie di malattie. La testa del pancreas è in contatto con il duodeno, il corpo con il colon transverso, la vena cava inferiore, le vene renali e l'aorta, ed infine la coda è in stretta relazione con la milza.

La sintomatologia clinica dei tumori del pancreas, almeno nel periodo iniziale, varia notevolmente a seconda che sono colpite una delle diverse parti dell'organo, testa, corpo, coda.

È a notare che negli stadi iniziali il cancro del pancreas, come il cancro di qualsiasi altro organo, può decorrere silenziosamente o con sintomi del tutto indefiniti.

Bard e Pic descrissero per i primi la sintomatologia clinica dei tumori della testa del pancreas: 1) ittero progressivo, indolore; 2) cistifellea distesa e palpabile; 3) cachessia a decorso rapido con notevole perdita di peso ed astenia accentuata. L'ittero ha inizio improvviso e non subisce remissioni ed è determinata dalla compressione del dotto biliare da parte della testa del pancreas ingrossata. È accompagnata da coluria, prurito e bradicardia.

Adunque i sintomi peculiari del cancro della testa del pancreas sono legati essenzialmente alla topografia dell'organo: la testa del pancreas ingrossata dal tumore comprime il dotto biliare provocando l'ittero caratteristico e la dilatazione della cistifellea.

Il cancro del corpo del pancreas è meno frequente ed ha una sintomatologia affatto differente. Mentre in quello della testa si ha ittero e non dolore, in quello del corpo manca l'ittero ed il sintoma più imponente è il dolore. Questo è di un'estrema intensità ed al principio è localizzato all'epigastrio e sopravviene ad accessi, mentre più tardi diventa costante. Non ha alcun rapporto con i pasti, è lancinante, spesso a cintura come quello delle crisi tabetiche, con irradiazioni al dorso ed al petto. Spesso è accompagnato da diarrea. La sintomatologia dolorosa del corpo del pancreas è così grave, che Dienlafoy la designa come « dramma pancreatico ».

Questo dolore è stato variamente spiegato. Alcuni l'attribuiscono a perineurite pancreatica, altri a stasi della secrezione pancreatica. Ma la ipotesi più verisimile sembra quella di Chauffard che l'attribuisce a pressione sul plesso solare ed eventualmente a diffusione del carcinoma nel plesso stesso. Per modo che mentre la sindrome pancreatico-biliare è caratteristica del cancro della testa del pancreas, la sindrome pancreatico-solare lo è del cancro del corpo del pancreas.

I cancri della testa e della coda del pancreas possono dare dolore, ma solo in secondo tempo, cioè quando il neoplasma si è diffuso al corpo.

DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Dott. prof. G. DE VINCENTIIS. *Manuale di Oculistica*. Prefazione del prof. Arnaldo Angelucci. Vol. di pagg. XVI-624, con 259 figure in nero e a colori nel testo e con una tabella e 7 tavole fuori testo. Roma, editore Luigi Pozzi. Prezzo L. 68.

Nella Collana Manuali del *Policlinico* della Casa Editrice Pozzi è stato di recente pubblicato in bella forma il Manuale di Oculistica del prof. Giuseppe De Vincentiis.

È un libro della specialità veramente pratico, trattandosi in esso in modo succinto e chiaro tutto ciò che occorre sapere sia per gli studenti di medicina e chirurgia che per la pratica del medico.

Vi sono dapprima esposte nozioni elementari di ottica fisica, quelle appunto necessarie per comprendere bene la diottrica oculare, che viene svolta subito dopo. Questa parte tanto utile ed importante negli studi oftalmologici è trattata molto praticamente senza eccessive formule, che spesso generano confusione, specie per chi non è molto edotto nella matematica. Sono trattati pure in modo compendioso tutti i vizi di refrazione ed i vari modi di correzione colle lenti, spiegandone molto bene le varie applicazioni.

Completa questa parte interessantissima un capitolo sul meccanismo della visione. Questa meravigliosa funzione dell'occhio è spiegata in modo chiaro e preciso tanto che nel leggerlo si comprende subito come si formano le varie percezioni visive, il senso luminoso ed il senso cromatico. In seguito viene trattata la Semeiotica e la Terapia oculare in generale e pure questo capitolo è svolto con un vero senso pratico, dando modo al lettore di formarsi un concetto esatto di ciò che è necessario osservare nella visita di un malato agli occhi, e come ci si deve comportare nel trattamento curativo.

Viene in seguito trattata la patologia delle varie parti dell'occhio, cominciando dagli annessi oculari, orbita, apparecchio motore, apparato lagrimale, palpebrale e congiuntiva e di ciascun annesso è prima esposta in modo compendioso la parte anatomica e fisiologica.

Altrettanto è fatto nella parte seguente, dove tratta delle malattie delle varie parti del globo oculare. Importantissimi sono i capitoli riguardanti l'uvea, il cristallino, la retina e le vie ottiche, nonchè tutta la parte operativa.

Il tutto è corredato da numerosi ed ottimi disegni, figure e tavole a colori, che sono oltremodo esplicative ed illustrano molto bene tutte

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

le varie parti del testo. Questa importante pubblicazione, che viene ad arricchire la letteratura oftalmologica, è molto raccomandabile, e dovrebbe figurare non solo in ogni biblioteca di studiosi della specialità oculistica, ma anche in quella dei medici pratici.

Prof. ROMEO ROSELLI.

A. ROCHON-DUVIGNEAUD et P. DESCOLA. *L'Ophtalmologie en clientèle*. Un volume di pag. 906 con 83 figure nel testo. Ed. Robert Maloine, Paris, 1927. Fr. 55.

Lo studente, che alla fine dei suoi studi di medicina, si decide ad entrare in una Clinica oculistica, prova un certo senso di malessere, perchè ha l'impressione di passare direttamente da una sala di ospedale ad un laboratorio di fisica, dati i quadri con figure geometriche e formule algebriche di cui vede tappezzate le mura. Se poi segue un poco le consultazioni, vede sfilare una serie di occhi rossi, per lui di aspetto uniforme, e che sono invece classificati con nomi diversi: congiuntivite, cheratite, irite, glaucoma, ecc. Se entra nella camera oscura cade in pieno mistero, perchè trova diversi strumenti voluminosi e complicati che si succedono gli uni agli altri, e di cui egli non sa intendere la differenza. Egli riporta l'impressione che l'occhio è un organo complicato, per il cui esame occorrono le cognizioni di un medico che sia insieme fisico e matematico. Non c'è nulla di più falso di questa concezione dell'oftalmologia: l'occhio non è uno strumento di ottica, ma un organo vivente sottoposto alle leggi della fisiologia e della patologia generale; per un esame ordinario di esso bastano delle lenti di prova ed un comune oftalmoscopio, mentre gli strumenti complicati e costosi sono indispensabili per completare la diagnosi e per mettere in evidenza le lesioni delicate. Animati da questo principio, gli AA. si sono preoccupati di compilare un manuale che risponda ai bisogni dello studente e del medico pratico, dilungandosi principalmente sui mezzi curativi e sulla diagnosi differenziale, e lasciando da parte tutte le interpretazioni patogenetiche e le discussioni teoriche. E sono realmente riusciti nello scopo, perchè hanno fatto un manuale pratico e completo, in cui tutte le difficoltà di condotta e tutte le esitazioni di cura sono evitate con la chiarezza ed i dettagli dell'esposizione.

Questo libro fa parte della Biblioteca « Come guarire? » ed è il 22° della collezione, ed è destinato perciò agli studenti ed ai medici pratici, che, mancando generalmente di nozioni elementari di oftalmologia, si trovano disorientati in presenza della più semplice delle affezioni oculari: essi trovano qui tutto quanto loro occorre per i bisogni della pratica ordinaria.

MEZZATESTA.

F. TERRIEN. *Chirurgie de l'Oeil et de ses Annexes*. III ediz. Un vol. di pag. 648 e 565 figure. Masson et C.ie, Parigi, 1927. Fr. 100.

Nella III edizione di questo manuale, che tanto favore aveva già incontrato nel pubblico medico, l'A. si è preoccupato di seguire il principio, che l'insegnamento tanto più è efficace, quanto più al testo si accompagnano le figure: vi ha aggiunto quindi 75 nuove figure, rivedendo il testo per intero ed in alcuni punti anche aumentandolo. Sono qui trattate specialmente: l'estrazione della cataratta con i processi di Smith e di Barraquer, la trasfissione iridea, la dacriocistorinostomia, l'operazione della ptosi e la trapanazione del seno sfenoidale; tutti argomenti, che erano stati appena accennati o addirittura trascurati nelle edizioni precedenti. I singoli argomenti sono trattati, seguendo la struttura stessa dell'occhio, e cioè prima parlando delle palpebre e poi della sclera, della cornea, dell'iride, ecc. Dopo aver richiamato le nozioni anatomiche e ricordato i punti principali di riferimento, l'A. descrive le operazioni abituali, secondo il processo che gli è sembrato più pratico, non trascurando lo studio delle indicazioni operatorie e delle cure postoperatorie, nonchè delle complicanze che possono sopravvenire in seguito all'intervento. Sono descritte dettagliatamente le operazioni sul globo oculare ed in particolar modo i diversi metodi di estrazione della cataratta. Il lettore troverà esposti in tutti i loro particolari anche le regole da seguire per la situazione dell'operatore e dell'aiuto, la fissazione dell'occhio, la tecnica dell'incisione, le precauzioni da prendere, ecc. Si può considerare insomma questo lavoro come un vero « trattato di chirurgia oculare ».

MEZZATESTA.

J. M. LE MÉE et A. BLOCH. *Otites latentes chez l'enfant*. Paris, 1926.

È uno degli argomenti non sconosciuti a chiunque si occupi di malattie dell'infanzia e specialmente di malattie infettive. È però bene che gli AA. abbiano ancora richiamato l'attenzione degli studiosi, e dei pratici su questa subdola malattia tanto frequente, spesso misconosciuta, non raramente dannosissima, e che abbiano insistito oltre che sulle nozioni patogenetiche e curative, sulla importanza dell'esame otoscopico, che, assieme alla febbre, sono non raramente gli unici segni dell'affezione auricolare.

T. PONTANO.

Annuario bibliografico italiano delle Scienze mediche ed affini. Anno X, 1925, Serie 2a. A cura del Laboratorio Batteriologico della Dir. Gen. della Sanità pubblica, diretto dal prof. B. Gosio. Edito dall'Istituto sieroterapico milanese. Un vol. in 8° di 236 pag. Stab. tip. Stucchi, Ceretti, Milano. Prezzo L. 25.

È questo il decimo volume dell'utile Annuario, di cui abbiamo rilevato qui i pregi, in occasione della pubblicazione delle annate precedenti. Si tratta dello spoglio di 247 periodici e del raggruppamento dei singoli lavori in 32 soggetti (anatomia, fisiologia, diagnostica, patologia chirurgica e medica, igiene, malaria, storia, veterinaria, ecc.); a parte è poi fatto l'elenco degli autori. Paziente ed accurato lavoro che mette in luce quanto è stato pubblicato in Italia per ciò che riguarda le scienze mediche e paramediche.

Chiunque abbia bisogno di intraprendere una qualsiasi ricerca sopra un determinato argomento non può fare a meno di consultare questi volumi che gli fanno conoscere tutta l'attività scientifica italiana in fatto di medicina.

È però da augurarsi che, per i successivi volumi, si ritorni all'antico sistema, tralasciando quello attuale di suddivisione in 12 fascicoli mensili, ciò che rende più lunghe le ricerche, obbligando a consultare il singolo soggetto in tutti i 12 fascicoli. È un tempo prezioso che si perde e che potrebbe essere agevolmente risparmiato. Sarebbe inoltre desiderabile che dei libri, che sono già inclusi sotto i singoli soggetti, si facesse un elenco a parte; anche questo agevolerebbe la consultazione e renderebbe meglio utilizzabile l'Annuario. Modeste richieste mosse dal desiderio di vedere perfetta questa opera veramente indispensabile ai medici ed a chiunque voglia seguire i progressi delle scienze nostre.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

I Congresso Panamericano della tubercolosi.

(Cordoba, 10-16 ottobre 1927).

Di questo primo Congresso Panamericano della Tubercolosi tenutosi a Cordoba (Argentina), in occasione della celebrazione del cinquantenario della Facoltà di Scienze Mediche di quella Università Nazionale, è stato organizzatore e presidente effettivo il dott. J. Cafferata, deputato nazionale, al quale si deve il successo di questa grande manifestazione scientifica, che riunì tutti i rappresentanti dell'America Latina e un gruppo notevole di rappresentanti europei, fra cui i professori sen. Sanarelli e Carpi per l'Italia, prof. Sayez per la Spagna, pure rappresentata dai delegati ufficiali proff. Ferran e Martinez Vargas, prof. Nègre per la Francia, prof. Sauerbruch per la Germania.

La sessione del Congresso si è svolta contemporaneamente ad alcune importanti manifestazioni accademiche celebranti il cinquantenario dell'Università Cordovense, alla storia della quale sono legati nomi di scienziati italiani, quali quello di Ducceschi, fondatore dell'Istituto di Fisiologia, di Strada, professore di anatomia patologica e di Carlomagno della cattedra di farmacologia e dove udimmo ricordare con simpatia i nomi di V. Ascoli, di Alessandrini, di Fichera, che vi dettarono apprezzate lezioni.

Dal 6 all'8 ottobre si tenne un Congresso interno della Facoltà di Medicina al quale parteciparono, fatti segno a cordiali manifestazioni di simpatia, i proff. Sanarelli e Carpi, e che per l'importanza dei temi trattati fu una eloquente dimostrazione della feconda attività scientifica di questo importante centro della cultura universitaria argentina.

Dal 7 al 9 ottobre si svolse sotto la presidenza del prof D .A. Villalba, titolare della cattedra di igiene, il Congresso d'Igiene che riunì tutti gli igienisti argentini. Il prof. Sanarelli ne fu proclamato Presidente Onorario.

Durante lo stesso periodo si ebbe, nella settimana che precedette il Congresso Panamericano della Tubercolosi, lo svolgimento di corsi speciali alla Facoltà di Medicina da parte del prof. sen. Sanarelli e del prof. Carpi, ai quali furono tributate calde manifestazioni di plauso e di simpatia.

Alla cerimonia inaugurale del Congresso per la tubercolosi parlò per l'Italia in lingua spagnola, suscitando vivissimo entusiasmo, il prof. SANARELLI il quale inneggiò ai tradizionali vincoli di amicizia e di cultura italo-argentini e all'avvenire della grande e giovane nazione argentina preconizzato dai suoi grandi pensatori Alberdi e Sarmiento e sintetizzato nel precetto « governare è popolare » del primo, « governare è educare » del secondo, ai quali l'Argentina aggiunge oggi quello della sua elevazione scientifica.

La prima sessione del Congresso Panamericano della Tubercolosi venne dedicata alla esposizione della Relazione della SEZIONE DI PATOLOGIA.

Iniziò il prof. U. CARPI (Milano) sul tema:

Complicazioni della tubercolosi polmonare, loro patogenesi e cura.

L'O. limita la sua esposizione a quelle complicazioni che fanno parte del quadro morboso stesso della tubercolosi polmonare e che assumendo talora un decorso atipico o predominante, modificano il quadro morboso classico e l'esito della malattia.

L'interesse dello studio di queste manifestazioni complicanti non è solo di carattere clinico-diagnostico ma anche e particolarmente prognostico e curativo. La cura razionale delle sindromi complicanti può decidere del decorso, degli esiti immediati e lontani della tubercolosi polmonare.

Sindromi ematologiche complicanti il decorso della tubercolosi polmonare. — L'O. dopo avere accennato alla ematologia clinica della tubercolosi, osserva che poco note e ancora discusse sono alcune forme di anemia grave a tipo perniciosiforme che compaiono nel corso di tale malattia.

Di esse l'O. riporta due casi personali, l'uno rispondente al quadro classico della anemia perniciosa tipo Biermer, manifestatosi nel corso di una tub. polm. cronica fibro-caseosa a decorso evolutivo, l'altro coi caratteri di una anemia pseudoaplastica sviluppatasi nel corso di una tub. pleuropolm. a decorso lentissimo ma tuttavia attivo.

Si tratta di sindromi gravi di significato prognostico particolarmente sfavorevole, nei quali la terapia ha ben poche risorse di fronte al decadimento dei poteri difensivi dell'organismo. Il successo ottenuto colla trasfusione sanguigna in casi analoghi consiglierebbe di ricorrere a questa forma di cura.

L'emottisi è complicazione così frequente della tubercolosi polmonare, che da molti autori è ritenuta sempre di natura tubercolare. L'O. ritiene che tale formula semplicista sia un vero e pericoloso pregiudizio.

Nella tubercolosi l'emottisi è certo uno dei più frequenti sintomi complicanti, sia come emottisi iniziale sintomatica di una prima manifestazione, sia come complicazione tardiva di lesioni polmonari avanzate, sia come forma prevalente e persistente (tisi emoftoica). Importante è il fattore costituzionale nella disposizione all'emottisi.

Fra le conseguenze dell'emorragia polmonare la più comune e la più temibile è la comparsa di focolai di aspirazione che possono assumere il carattere di forma pneumonica evolutiva a prognosi sempre grave.

Tratta poi largamente la terapia dell'emottisi che si propone norme di indole generale, fisiche (riposo) medicamentose ed emostatiche dirette (pneumotorace artificiale).

Pleurite. — La pleura partecipa a tutti i processi di localizzazione tubercolare polmonare. La localizzazione del complesso *primario* dell'infezione broncogena tende ad insediarsi di preferenza nelle vie lifatiche sottopleuriche (per azione della pressione negativa pleurica). Queste localizzazioni sottopleuriche possono generare processi reattivi isolati; ma possono essere il punto di partenza di riattivazioni *in loco* con diffusione alla pleura e con manifestazioni che variano a seconda dell'entità della localizzazione anatomica e della reattività dell'organismo.

Per la patogenesi delle pleuriti, si afferma la dottrina che vede in questa manifestazione morbosa i segni di uno stato reattivo allergico.

La cura sistematica e razionale dei versamenti pleurici consiste nel loro svuotamento che per essere completo deve essere eseguito col metodo di Forlanini della pneumotoracentesi.

Il pneumotorace spontaneo può verificarsi per evoluzione di lesioni polmonari distruttive in vicinanza della pleura viscerale con apertura del focolaio distruttivo nella cavità pleurica, o per rottura di un focolaio tubercolare circoscritto alla superficie della pleura, o per rottura di una vescicola enfisematica alla superficie della pleura (enfisema bolloso sottopleurico) o per strappamento della pleura viscerale per cause meccaniche (sforzo) agenti bruscamente in sede di aderenze pleuriche circoscritte, infine per apertura di un empiema attraverso alle vie bronchiali.

Gangrena polmonare. Bronchiettasia. — Sono complicazioni non comuni. La prima è dovuta all'azione locale di germi anaerobi di probabile provenienza orale; la seconda si osserva nelle forme a tipo sclerotizzante croniche con partecipazione della pleura e con retrazione del parenchima polmonare.

Forme filtrabili, saprofitiche e non acidoresistenti del bacillo di Koch. Loro importanza nella patogenesi e profilassi della tubercolosi.

Dott A. FONTES (Rio de Janeiro). — Il virus tubercolare filtrabile, di cui l'O. ha dimostrato per primo l'esistenza, è dotato di potere patogeno variabile da caso a caso e capace di riprodurre lesioni ora atipiche, ora identiche alle lesioni classiche prodotte dal bacillo di Koch. Il virus filtrante è rappresentato da elementi figurativi, granulari, visibili e da elementi invisibili che lo fanno classificare fra gli ultravirus. La forma bacillare rappresenta la classica forma parassitaria del virus tubercolare originata per caratteri accidentalmente acquisiti e conservati, con relativa stabilità per le leggi fisiologiche di adattamento e di eredità. Per il suo pleomorfismo il virus può subire la perdita dei suoi caratteri specifici e passare ad uno stato di vitalità latente o di saprofitismo dal quale, in condizioni propizie, può evolvere riacquistando i suoi caratteri specifici. Colla conoscenza delle forme filtranti, la patogenesi della infezione tubercolare deve differenziare i vari aspetti della infezione in atto da quelli della infezione latente. Anche il problema della eredità tubercolare si innesta con quello della infezione da virus inapparente.

Concezioni attuali sopra la patogenesi e l'evoluzione della tubercolosi polmonare: eredità, terreno e contagio.

Dott. A. RAIMONDI (Buenos Aires). — I figli di madre tubercolosa nascono, nella maggior parte dei casi, in condizioni di buona salute. Pur riconoscendosi la possibilità della trasmissione ereditaria della tubercolosi, praticamente non dobbiamo preoccuparci tanto della possibilità della trasmissione placentare dell'infezione, quanto della profilassi diretta ad evitare il contagio post-natale.

Vaccinazione antitubercolare.

Prof. NÈGRE (Parigi). — Esiste una immunità naturale in tutti gli individui che subirono in precedenza una manifestazione tubercolare benigna. I tentativi di provocare artificialmente questa immunizzazione non hanno in passato raggiunto lo scopo; Calmette e Guérin ispirandosi al principio che l'immunizzazione è possibile solo con bacilli vivi, riuscirono ad ottenere un bacillo patogeno (bacillo B. C. G.). Questo germe inoculato in animali sensibili alla infezione tubercolare, conferisce loro una resistenza verso l'inoculazione di bacilli virulenti. Il metodo è stato applicato alla vaccinazione preventiva umana ricorrendosi alla via boccale. Le statistiche mostrano che, mentre i fanciulli conviventi con genitori tubercolosi, muoiono nei primi due anni di vita, nella proporzione del 24,30 %, quando non siano stati vaccinati, a parità di condizioni i bambini vaccinati col B. C. G. non muoiono che in una proporzione di 0,8-0,9 %.

Il fattore ereditario nella tubercolosi.

Prof. G. SANARELLI. — Anche nella Repubblica Argentina l'endemia tubercolare si comporta come in tutti gli altri paesi del mondo: essa è relativamente poco accentuata fra le popolazioni d'origine europea, cioè dotate di un certo grado di eredo-immunità, mentre infierisce in modo impressionante fra gli elementi indigeni che prendono contatto per la prima volta col contagio tubercolare importato e diffuso dall'uomo civile. Si ripete ovunque il medesimo fenomeno, già da lui illustrato fino dal Congresso Internazionale di Roma del 1912. Allora la concezione di Sanarelli sulla eredo-immunità, contrapposta a quella tradizionale e ippocratica della eredo-predisposizione parve una audace novità. Ma l'esperienza fatta durante la grande guerra mondiale, ha pienamente confermato la tesi dell'oratore, appoggiata anche dai risultati del trattamento sanatoriale quali appaiono in tutti i paesi dell'America settentrionale e meridionali, popolati da razze bianche, di colore e miste.

In questi ultimi tempi le osservazioni e le documentazioni favorevoli allo intervento del fattore immunitario nella eziologia della tubercolosi, si sono arricchite e rafforzate anche dal punto di vista sperimentale.

I recentissimi studi sul virus filtrante e sulle infezioni transplacentari che possono dar luogo a infezioni, o a cachessie mortali, ma pur anche a infezioni specifiche effimere, latenti, occulte, transitorie, spontaneamente guaribili, non sono altro che una conferma degli studi effettuati dal Maffucci ben 25 anni or sono.

Le osservazioni cliniche e le esperienze di laboratorio dimostrano che i neonati che riescono a sopravvivere a tali infezioni specifiche transplacentari, risultano dotati di una più valida difesa contro le ulteriori infezioni specifiche, endogene o esogene, che sono inevitabili negli ambienti di sociabilità intensa a condizione, ben inteso, che si tratti di infezioni intermittenti e paucibacillari. Alle infezioni ripetute e massive, non resiste alcuna immunità tubercolare. Devesi tener presente questa circostanza, allorchè si studia l'eredità tubercolare. Così soltanto si riesce a capire il fatto apparentemente paradossale, ma che risulta nondimeno indiscutibile dallo studio anamnestico delle famiglie tubercolotiche, e cioè che ammalano di tubercolosi in maggior numero i discendenti di famiglie immuni da tare tubercolari e in minor numero i discendenti di ceppi famigliari con precedenti tubercolari. Anche la percentuale delle forme croniche e torpide risulta maggiore nei figli di famiglie tarate, in confronto dei figli di famiglie senza precedenti tubercolari.

Ciò dimostra che il terreno organico si è reso sfavorevole allo sviluppo del bacillo tubercolare.

La natura dell'immunità antitubercolare è ben diversa da quella ordinaria antitossica e antivirulenta. È un incrocio di fenomeni di allergia e di sensibilizzazione, di protezione e di predisposizione, di immunità e di anafilassi, di stimolo e di attivazione di quel complesso di difese specifiche e aspecifiche che risveglia il processo tubercolare, e di resistenza espulsiva alle reinfezioni esogene e endogene. Ma lo sforzo dell'organismo verso lo stabilirsi di una immunità attiva, risulta evidente.

Nella dimostrazione della immunità tubercolare, SANARELLI ricorda le prime esperienze del Maragliano, rivendicando all'illustre Maestro della Clinica di Genova, il merito di aver dimostrato per primo, fin dal 1895, la possibilità di vaccinare attivamente gli animali contro la tubercolosi. Al Maragliano spetta, del pari, il merito di aver applicato per primo, fino dal 1903, la vaccinazione antitubercolare nell'uomo con vaccini costituiti da bacilli morti.

L'immunità antitubercolare non è sempre suscettibile di dimostrazione mediante reazioni umorali effettuabili in vitro. Ma si conoscono altre malattie infettive, nelle quali deboli reazioni immunitarie sono legate a condizioni di refrattarietà e reciprocamente.

SANARELLI chiude la sua conferenza accennando alla probabile origine della tubercolosi nella specie umana, alla scarsa efficienza degli sforzi per sopprimere le cause della tubercolosi, che sono ormai inerenti alle condizioni stesse della nostra vita sociale e alle speranze che debbono riporsi soltanto nelle conquiste scientifiche da effettuarsi nei laboratori di ricerche.

La cosidetta lotta sociale contro la tubercolosi non è che una semplice fase della eterna lotta umana. SANARELLI conclude inneggiando alla giovane e animosa Nazione Argentina la quale per iniziativa di uno dei suoi figli più eminenti, più attivi e più lungiveggenti, del prof. Araoz Alfaro, l'attuale Direttore del « Departamento Nacional de Higiene », ha deciso di far sorgere in Buenos Aires un grande Istituto scientifico consacrato unicamente allo studio del problema tubercolare. L'O. si augura che il futuro Istituto diventi, quanto prima, un faro luminoso verso cui saranno rivolti gli sguardi di tutto il mondo civile e i fervidi voti di legioni di sofferenti.

L'Assemblea saluta la chiusa della lucida, eloquente e impressionante conferenza con una lunga e calorosa ovazione.

Il prof. FONTES, delegato ufficiale del Brasile, propone, e l'assemblea approva per acclamazione, un voto di plauso al prof. Sanarelli e alla Scuola Medica italiana.

Segue il dott. R. E. PLUNKETT, di New York, con un rapporto *sopra la lotta antitubercolare negli Stati Uniti*. L'O. illustra una serie di dati statistici sull'organizzazione antitubercolare negli Stati Uniti e sui metodi adottati dalle Istituzioni profilattiche del suo Paese.

Prof. ARAOZ ALFARO (Buenos Aires). — *I risultati attuali della lotta antitubercolare.* — Negli ultimi decenni la mortalità per tubercolosi è diminuita del 21 sino al 31 %. Elogia l'organizzazione antitubercolare degli Stati Uniti e nei paesi anglo-sassoni, nella Svezia, nella Norvegia, nella Danimarca. Discute i diversi fattori della profilassi diretta e indiretta, mostrandosi favorevole ad un metodo di difesa eclettico. Considera la vaccinazione preventiva come un poderoso sussidio nella difesa antitubercolare.

Dott. J. CAFFERATA (Cordoba). — *Azione di Governo nella lotta contro la tubercolosi.*

SEZIONE DI TERAPIA.

Prof. dott. SAYÈ (Barcellona). — *Chemioterapia della tubercolosi.* — L'O. illustra particolarmente gli studi sperimentali di Moolgaard sulla sanocrisina.

Dott. W. KNOCHE (Chile). — *Climatologia e climoterapia della tubercolosi.*

Prof. SAUERBRUCH (München). — *La toracoplastica nella cura della tubercolosi polmonare.* — L'O. illustra i principî dottrinali della collassoterapia e le sue finalità pratiche. Espone i risultati ottenuti col suo metodo, riferendosi alle statistiche delle Cliniche di Zurigo e di Monaco per il periodo che va dal 1911 al 1925. I casi operati furono 701, dei quali il 42 % fu seguito da guarigione, il 18,9% da miglioramento, il 4 % rimasero invariati e il 13 % fu seguìto da morte a breve scadenza e il 16,2 % da morte a distanza da alcuni mesi a oltre un anno; nel 5 % il risultato rimase sconosciuto.

Prof. dott. C. MAININI (Buenos Aires). — *Cura della tubercolosi polmonare col pneumotorace artificiale.* — Sulla base della sua vasta esperienza personale (500 casi) illustra i fondamenti dottrinali del metodo di Forlanini e le norme della sua applicazione clinica.

Dott. G. SAYAGO (Cordoba). — *Trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare.* — Discute i fondamenti teorici e le indicazioni della toracoplastica. Questa è particolarmente indicata nelle forme a decorso cronico con tendenza alla sclerosi e alla retrazione. Tratta delle indicazioni della frenicotomia e riferisce i risultati della sua esperienza personale.

Prof. ROBERTSON LAVALLE. — *Cura delle osteoartriti tubercolari per mezzo di innesti ossei.* — Illustra il suo metodo originale di cura delle osteoartriti tubercolari, con innesti ossei omoplastici praticati nella zona di iperemia periferica del focolaio tubercolare. L'O. ottiene un rapido processo neoformativo che isola ed esaurisce l'attività del focolaio stesso; espone i risultati veramente brillanti conseguiti e dimostra le radiografie di numerosi casi.

Prima di lasciare l'Argentina, i proff. SANARELLI e CARPI vennero invitati dalla Facoltà Medica dell'Università di Buenos Aires a tenere ciascuno una conferenza, il primo *Sul trattamento della rabbia secondo il metodo italiano*, il secondo su *Dottrina e clinica del pneumotorace artificiale*.

Le conferenze, alle quali ha assistito un folto uditorio di professori, di medici e di studenti, furono assai applaudite.

U. C.

II Congresso Nazionale contro la tubercolosi.

(Milano, 23-26 ottobre 1927).

Inaugurato nella Sala del Tesoro del Castello Sforzesco, è stato tutto dominato dall'importanza del provvedimento governativo dell'assicurazione sociale contro la tubercolosi.

Il Presidente della Federazione italiana antitubercolare, prof. R. PAOLUCCI, fece un rapido quadro dello sviluppo raggiunto dalla lotta antitubercolare in Italia e delle possibilità di realizzazione che le recenti provvidenze governative consentono.

Esse daranno nel complesso trecento milioni annui per la lotta antitubercolare, che serviranno in parte ad ammortizzare gli anticipi forniti per dieci anni in ragione di 60 milioni annui dalla Cassa Nazionale delle Assicurazioni e devoluti alla costruzione di nuove opere antitubercolari, in parte a sussidiare dispensari, ad assicurare le diarie agli infermi ed i sussidi alle famiglie.

Con questo meccanismo si avranno oltre 8 milioni di assicurati, ed oltre 7 milioni di assistiti, avendo diritto alla assistenza de indigente, la moglie dell'assicurato od un'altra persona di famiglia.

Ma non è qui che si ferma la provvidenza lungimirante del Governo: è già in istudio avanzato la estensione della assicurazione agli insegnanti di ogni categoria ed impiegati in genere. Possiamo perciò con sicura fede affermare che tra qualche anno i risultati tangibili della lotta antitubercolare saranno in Italia veramente confortanti.

Ma se, nel campo delle previdenze legislative, deteniamo ormai il primo posto, siamo anche in primissima linea per ciò che riguarda gli studî scientifici sulla tubercolosi; perchè possiamo affermare che nella terapeutica e nella profilassi della tubercolosi siamo stati e siamo sempre i pionieri. Basti citare il nome glorioso di FORLANINI e quello di MARAGLIANO il quale, trent'anni or sono annunziò le sue esperienze sulla vaccinazione non dissimili da quelle che oggi vantano i suoi detrattori d'allora.

Conclude spronando al lavoro, allo scopo di servire come soldati la causa magnifica di questa Italia giovane, redenta da tutti i mali del passato, soldati tenaci, silenziosi di questo grande esercito che, auspice il Duce, lavora inquadrato e possente per la grandezza della Patria.

Fra le diverse relazioni e comunicazioni, citiamo le seguenti:

Il prof. BENEDETTI di Roma, in collaborazione col dott. SALVINI, di Milano, parla sull'*opera dispensariale profilattica*, indicandone le attuali deficienze esecutive e proponendo opportune riforme, sopratutto per la più stretta unione con l'iniziativa presa dai medici condotti. Sull'argomento ha interloquito il prof. FAGIUOLI, di Verona, sostenendo l'utilità dell'integrazione del dispensario comune col dispensario ambulante, la necessità della collaborazione del popolo alla lotta antitubercolare ed il concetto che tale dispensario non crei preoccupazioni di clientela nel Corpo sanitario.

Hanno seguito le comunicazioni del prof. PANCRAZI di Faenza, sul tema: « Personalità giuridica dei dispensari »; del prof. GALASSI, di Terni, sul tema: « Per un maggior rendimento del lavoro dispensariale »; del prof. BIANCHI di Milano, sull'Opera nazionale per l'assistenza agli invalidi tubercolotici di guerra; del dott. JONA, di Milano, sulla prevenzione famigliare individuale della tubercolosi; del prof. BIGI, sul dispensario antitubercolare, con annessi reparti specializzati, in Terranova Bracciolini; del prof. SANDRO RIZZI, di Cremona, sull'attività del dispensario centrale di Cremona in funzione diretta del Consorzio e in rapporto diretto con l'attività dei medici condotti della provincia; del prof. SAGONA, di Caltanissetta, sullo stato attuale del ricovero degli incurabili in Sicilia.

Il prof. ILVENTO di Roma, della Presidenza della Federazione, svolse poi una importante relazione sul tema: « Finanziamento delle opere antitubercolari », illustrando lucidamente lo stato della questione precedentemente al deciso intervento del Governo con la legge sulla assicurazione sociale contro la tubercolosi, gli sforzi compiuti per realizzare i mezzi e le modalità della assistenza, ed esponendo il concetto informatore del nuovo sistema di finanziamento che si impernia sulla assicurazione e che permetterà di affrontare in pieno e di risolvere in pochi decenni il problema della assistenza ai malati di tubercolosi e di dirigere in modo efficace e possente la lotta sociale antitubercolare ai suoi veri scopi.

Il gr. uff. SILENO FABBRI, presidente della Federazione degli Enti Autarchici, svolge una relazione sul « Problema antitubercolare e la legge sui Consorzi antitubercolari provinciali ». Egli imposta la questione fondamentale della legislazione dei Consorzi, passando in rapida rassegna i precedenti legislativi dell'attuale legge, di cui fa un'accurata analisi. L'O. rileva come in questa legge sia apparso chiaramente il principio già adombrato nei precedenti legislativi, che la Provincia deve, in seno al Consorzio, rappresentare il maggiore organismo propulsivo del Consorzio stesso, e termina applaudito dando comunicazione del fatto che la Federazione Nazionale delle Provincie istituisce un Ufficio sanitario amministrativo col compito di studiare e di coordinare l'azione Consorziale.

Le direttive enunciate nella relazione del Fabbri e da lui elencate in apposito ordine del giorno, vengono approvate. Sono approvati anche un ordine del giorno di Morelli, Mendes e Fagiuoli sulla costruzione di appositi riparti ospedalieri vicino ai maggiori nosocomi e uno del prof. Maragliano sull'istituzione di corsi specializzati di tisiologia.

Segue il prof. D'ORMEA, ispettore generale sanitario dell'« Opera Nazionale per la maternità e l'infanzia » Egli espone le linee generali dell'azione svolta dall'Opera nel suo primo anno di vita nel campo antitubercolare, azione che viene riassunta in un programma di profilassi e di prevenzione contro le malattie sociali. Si è intrattenuto sulla legge dei brefotrofi, per i quali è assicurato ai figli illegittimi il latte materno, mediante forti premi di allattamento alle madri nubili, i quali graveranno sul bilancio dell'Opera per molti milioni. Queste cure permetteranno di preparare alla vita in pieno vigore migliaia di fanciulli fatalmente destinati, in caso contrario, alla morte per inanizione o per tubercolosi.

Per i figli legittimi di madre tubercolosa, l'Opera Nazionale provvede, mediante pagamento di rette mensili agli istituti che riceveranno tali bambini fin dal momento della nascita e col pagamento di sussidi di baliatico, non inferiori a 150 lire mensili, e sovvenzioni ai preventori antitubercolari, a colonie marine e montane per molti milioni. Inoltre ha sovvenzionato, per parecchi milioni, gli istituti che ricoverano fanciulli. L'Opera ha creato tutta una serie di propagandisti e di puericultori, ha istituito 12 scuole per medici, 12 per levatrici, 18 per medici condotti; ha diffuso le norme di propaganda igienica nelle campagne con 50 ambulatori volanti ed un gran numero di ambulatori fissi.

in tale modo, l'Opera nazionale per la maternità e l'infanzia svolge tutto un lavoro di prevenzione antitubercolare e di difesa sociale, che sarà notevolmente ampliato nei prossimi anni per il gettito della tassa sui celibi e per altre contribuzioni cospicue che si conta possano venire in altro modo.

La dott.ssa CARMELA DADDI ha esposto interessanti notizie sulle « colonie profilattiche ed elioterapiche » del Fascio femminile di Firenze, sui criteri sanitari di scelta dei bambini e sugli ottimi risultati terapeutici ottenuti.

Il sen. MARAGLIANO, nel discorso di apertura dei lavori della sezione scientifica, ha ricordato l'alta figura di Villemin, il grande scienziato francese, dalle cui scoperte tanto impulso hanno avuto gli studi sulla tubercolosi. Indi il prof. RONZONI illustra un ordine del giorno, che viene approvato, col quale si afferma la necessità di un dispensario almeno per ogni provincia, la sua indipendenza dal Consorzio provinciale, la collaborazione all'Opera antitubercolare fra Consorzi ed Associazione dei medici condotti.

Il prof. VINCENZO FICI di Palermo espone una dotta ed elaborata relazione sullo « Stato attuale delle nostre cognizioni sui rapporti fra costituzione e malattie tubercolari ». Dopo aver accennato alle questioni più recenti, riguardanti il concetto di costituzione organica ed i suoi rapporti con la ereditarietà e con le indagini dinamico-morali e neuropsicologiche, e fatte le distinzioni fra costituzione organica generale e parziale, il relatore si addentra nella descrizione dell'abito tisico e longilineo, rivendicando la paternità di tali studi alla scuola italiana, e precisamente a quella di Padova, che fu diretta dal defunto senatore De Giovanni. Rileva i dati statistici che dimostrano la particolare tendenza dell'abito-tisico alla morbilità tubercolare e discute le obbiezioni che alla dottrina di tale abito sono state mosse. L'O. si intrattiene quindi sull'abito linfatico, sugli infantilismi, nanismi, gigantismi e sulla dottrina meccanica della predisposizione apicale alla tubercolosi.

Indi il dott. PARODI ha illustrato un « nuovo metodo di ascoltazione » ed un nuovo apparecchio da lui ideato, fondato essenzialmente sull'applicazione alla clinica del principio della interferenza dei suoni.

Vivo è stato l'interesse dei congressisti per la dotta conferenza del prof. ARLOING di Lione, sulla filtrabilità del virus tubercolare, questione d'attualità che, pur essendo di carattere strettamente scientifico, non può non avere una profonda ripercussione anche nel campo della lotta sociale contro la tubercolosi.

***

All'Assemblea della Federazione, il prof. MENDES rifà la storia dell'istituzione, elencando i provvedimenti legislativi sollecitati da essa presso il Governo per combattere il morbo e provvedere al finanziamento necessario ai Consorzi antitubercolari. Sulla Conferenza internazionale, che avrà luogo a Roma nel prossimo anno, ha parlato l'on. PAOLUCCI. Il prof. FELIZIANI propone di estendere l'azione della Federazione anche ai dieci milioni di italiani residenti all'estero.

Da ultimo si nomina il Consiglio direttivo e si approva lo Statuto della Federazione, che prende ora il nome di « Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi ».

***

Molto interessanti riuscirono le visite alle varie e belle Opere antitubercolari di Milano. I Congressisti hanno visitato anche il Sanatorio di Legnano, sorto per opera concorde di industriali ed operai che, col concorso di Enti, ne finanziarono la costruzione e la gestione. Gli operai contribuiscono con una giornata all'anno di lavoro. Tale Sanatorio dispone di 120 letti installati in una bella costruzione, che rappresenta quanto di più moderno si possa oggi ottenere nel campo edilizio e tecnico.

XXIII Congresso Italiano di Oto-rino-laringologia.

(Parma, 22-24 ottobre 1927).

Tema ufficiale di relazione: *Funzione olfattiva, gustativa e respiratoria nasale in rapporto alla clinica.* Esso è stato svolto dai proff. S. BAGLIONI e G. BILANCIONI.

Il primo ha parlato dell'esame funzionale delle diverse sensibilità della mucosa nasale, riconoscendo in questa due specie di sensibilità, quelle generali (tattile, termica, dolorifica) e quella specifica, che ha sede nella parte superiore della membrana schneideriana.

Ordinariamente queste due sensibilità sono considerate indipendenti l'una dall'altra e, sebbene la massima importanza sia stata rivolta a quella specifica, si deve riconoscere che anche quella generale ha notevole significato ed è di grandissima utilità.

L'esame funzionale di queste sensibilità consiste in diversi procedimenti, dei quali i più importanti sono quelli del *valore di soglia* (detto anche il minimo percettibile), di intensità e di qualità olfattiva.

La soglia dell'intensità di un determinato odore si stabilisce mediante l'olfattometro di Zwaardemaker e si misura in *olfattie* (minimo percettibile di una sostanza odorosa indicato in centimetri della lunghezza della superficie cilindrica odorosa dello strumento stesso). L'O. ritiene che sia possibile ottenere delle misurazioni più esatte mediante altro apparecchio basato sul principio dell'insufflazione di aria, il quale potrebbe servire come un vero estesiometro.

Ha pure importanza la determinazione della soglia dei valori qualitativi (*osfresiometria*), che consiste nello stabilire il minimo stimolo odoroso

di qualità diverse, che il paziente è capace di avvertire e riconoscere.

Esamina poi le diverse condizioni patologiche, che hanno importanza clinica.

Il prof. BILANCIONI riferisce sulle disosmie, disgeusie e disturbi affini dal punto di vista clinico.

Fra le disosmie, esamina anzitutto l'anosmia, che può essere assoluta e congenita. Può verificarsi, insieme con altri disturbi dell'olfatto, in lesioni dei centri nervosi specialmente della corteccia; in generale, si può ritenere che i disturbi dell'olfatto vengano come quarto sintoma, per ordine di frequenza, delle neoplasie temporali.

L'anosmia può essere dovuta a lesioni delle fosse nasali, sia per origine meccanica o respiratoria, sia per lesioni della mucosa olfattiva. Queste ultime sono assai difficili a riconoscersi e lasciano spesso in dubbio. Sono da citarsi anche le anosmie da gas asfissianti e quella degli albini, dei quali le cellule olfattive sono prive di pigmento.

Vi sono poi anosmie senza lesioni apparenti delle fosse nasali, che possono essere periferiche e centrali. Interessanti ed esaminate a parte sono le anosmie di origine pitiatica.

Altri disturbi dell'olfatto consistono nelle iperosmie, in cui gli odori sono percepiti con intensità superiore alla normale. L'iperosmia può essere totale o parziale; l'impressione penosa determinata da uno o da più odori può poi dare origine a varî riflessi: nausee, vomiti, cefalee, sincope, arresto del respiro, afonia, dispnea, ecc. Di solito l'iperosmia costituisce un disturbo funzionale senza lesioni apparenti.

La perversione del potere olfattivo prende il nome di parosmia, che può essere un'illusione dell'odorato, oppure un'allucinazione. In quest'ultima, il malato sente un odore senza trovarsi in presenza di nessuna sostanza capace d'impressionare la mucosa olfattiva. In generale l'odore percepito è pessimo, *cacosmia subbiettiva*. Le parosmie possono accompagnarsi o non a lesioni delle fosse nasali. Interessante è l'*aura parosmica* degli epilettici, nei quali l'esame accurato delle fosse nasali può rivelare delle lesioni, da cui si originano, per via riflessa le crisi convulsive.

Alla discussione del tema di relazione sono seguite numerose comunicazioni.

Rinologia. — Comunicazioni diverse attinenti al tema di relazione; altre sull'atmometria grafica nasale e rinofaringea, sulla rinopletismografia. G. FERRERI e A. RUGGERI riferiscono sulla flora batterica del meato medio ed inferiore, che si sono mostrati assai scarsi di germi, specialmente il medio; i germi più frequenti sono i comuni piogeni, specialmente lo stafilococco.

TORRIGIANI e LUNEDEI hanno parlato della coriza nervosa aperiodica; SILVAGNI sulle alterazioni del sangue nelle stenosi respiratorie, consistenti in iperglobulia, iperemoglobinemia, leucopenia neutrofila, con linfocitosi ed eosinofilosi relative, alterazioni che l'O. mette in rapporto con modificazioni della tiroide. E. PODESTÀ ha trattato il valore diagnostico differenziale della opacità del seno sfenoidale; SANVENERO-ROSSELLI sulla correzione chirurgica delle deformità nasali. Si sono poi avute diverse comunicazioni sui tumori delle fosse nasali (fibroangiomi, fibromi, epiteliomi, papillomi).

Faringologia e laringologia. — T. MANCIOLI ha parlato a lungo sulla lotta contro l'adenoidismo, riportando i dati della sua larga esperienza. Diversi OO. hanno riferito su problemi inerenti alle tonsille: biochimica, azione degli estratti tonsillari, la glicemia in rapporto alle malattie delle tonsille, sifilomi iniziali delle tonsille. G. MERELLI ha parlato delle paralisi post-diferiche del velopendolo, osservando che esse possono aversi anche in individui precedentemente ad abbondantemente sieroterapizzati; i migliori risultati terapeutici sono stati ottenuti associando alla sieroterapia le cure elettriche e la somministrazione di stricnina. CALICETI e ORLANDINI hanno riferito sulla tubercolosi laringea. Quest'ultimo ha ottenuto dei risultati terapeutici incoraggianti mediante le iniezioni endotracheali di essenze balsamiche; egli preconizza l'unione fattiva del tisiologo col laringologo.

Otologia e varie. — Fra le molte comunicazioni attinenti all'anatomia, l'embriologia, la clinica, la fisiologia, citiamo quella di E. ARISI sullo studio delle alterazioni fonetiche coi palatogrammi; di PINALI sull'applicazione della diatermia in otorinolaringoiatria; di RIMINI sulla meningite labirintogena; di FILIPPI sull'otosclerosi in rapporto con le disendocrinie.

A. F.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

La congiuntivite gonococcica del neonato.

È una di quelle affezioni gravissime, l'esito delle quali dipende in buona parte dall'opera energica del medico, dalla precocità della diagnosi e dalla diligenza della cura. Sebbene sia oggi meno comune che una volta, essa è tuttora tanto frequente da assumere un'importanza notevole; ogni medico deve saperla riconoscere e curare, tanto più che nei centri minori mancano gli specialisti a cui affidare la cura.

Si manifesta di solito fra il secondo ed il quinto giorno di vita ed è quasi sempre bilaterale. Alla fase di infiltrazione segue presto quella di piorrea; dopo 2-3 giorni di malattia, il pus è tanto abbondante che, se la prima palpebrale sta chiusa, vi si accumula in tanta quantità da schizzare fuori con violenza quando il medico divarica le palpebre. Per ciò, giustamente G. B. Allaria (*La pediatria del medico pratico*, marzo 1927) consiglia al medico di proteggersi gli occhi con occhiali di vetro quando si accinge alle manovre di palpazione e di medicazione. Segue poi la fase di regressione e si possono avere complicazioni extraoculari ed oculari, le quali ultime non raramente determinano la cecità.

Clinicamente si può soltanto fare diagnosi di probabilità, in quanto che si possono avere altre forme di congiuntiviti; la diagnosi di certezza si ha solo con l'esame batteriologico. Si eviti sempre durante l'esame di fare pressione digitale sull'occhio infiammato del bambino, poichè ne potrebbero risultare delle lesioni gravi; durante tale esame è indispensabile l'assoluta immobilità del bambino, quale può ottenersi mediante le antiche fascie che tengano ferme le braccia.

Profilassi. 1) Per la madre; irrigazioni vaginali calde di permanganato di potassio (in carte da cg. 50, da sciogliersi in litri 1 1½ di acqua).

2) Per il bambino. Instillazioni di nitrato d'argento (cg. 5-10 in 10 cmc. di acqua distillata; una due gocce per occhio, badando di non farle cadere sulla cornea!); si può avere come conseguenza una intensa reazione infiammatoria che cessa dopo 4-5 giorni. Può usarsi il protargolo (cg. 50 in 10 cmc. di acqua).

Cura. 1) *Locale.* Irrigazione della congiuntiva a grande acqua (non con semplice tampone di cotone) usando il permanganato di potassio (cg. 25 in 1 litro d'acqua), ogni 2-3 ore. Usare debole pressione e strumenti sterilizzati. Cauterizzazione della congiuntiva con nitrato d'argento (cg. tre in 10 cmc. di acqua dist.), oppure il protargolo (cg. 20 in 10 cmc. di acqua dist.); il nitrato d'argento non va usato quando vi sia una lesione corneale per quanto minima, oppure si abbiano pseudomembrane o fatti infiammatori molto intensi.

Le ulcerazioni corneali vanno trattate con i midriatici o con i miotici, ma in questi casi è sempre prudente ricorrere allo specialista.

2) Generale. Curare una buona nutrizione, un buon governo del bambino (per evitare le infezioni!); tentare la vaccinoterapia, pur non tralasciando mai la cura locale. *fil.*

L'artrite gonococcica nel poppante.

Il quadro clinico dell'artrite gonococcica è abbastanza caratteristico: rigonfiamento infiammatorio dell'articolazione che rapidamente evolve verso l'ascesso. All'inizio esiste impotenza funzionale, che provoca l'immobilizzazione dell'arto. La durata varia da qualche settimana a qualche mese; la guarigione è spesso spontanea e quasi sempre senza sequele.

Secondo l'evoluzione e la durata, si distinguono due forme cliniche: l'una benigna, che si accompagna a stato generale buono, senza disturbi della nutrizione; la malattia rimane localizzata a poche articolazioni, che guariscono facilmente. L'altra, forma settica, colpisce parecchie articolazioni; la febbre è elevata, a carattere continuo; spesso, si hanno eruzioni eritematose o papulo-vescicolari.

Le complicazioni cardiache, osserva Gunsbèrg (*Monatss f. Kinderheilk.*, 1927, p. 486) non si riscontrano nel poppante. Anche nella forma settica, lo stato generale è poco affetto. Le forme pluriarticolari sono più frequenti che le monoarticolari.

Non è mai stato possibile ritrovare il gonococco nel sangue. La stessa setticemia però non porta alla morte, ma diminuisce la resistenza del poppante ad altre infezioni ed ai disturbi digerenti.

Raramente la diagnosi differenziale presenta grandi difficoltà. Si può anzitutto escludere nel primo anno di vita il reumatismo poliarticolare acuto. La sifilide invece può dare una poliartrite. Altre volte, la diagnosi è difficile con la pseudoparalisi di Parrot; soltanto la puntura dell'articolazione e la ricerca del gonococco levano ogni dubbio.

Il trattamento consiste anzitutto nell'immobilizzazione in buona posizione dell'articolazione affetta. L'A. ha ottenuto buoni risultati con i vaccini antigonococcici, alla dose di cmc. 0,1-1, in iniezioni endomuscolari. *fil.*

Le orchiti primitive acute dell'infanzia.

Sono per lo più secondarie a malattie infettive (tifoide, influenza, tubercolosi orecchioni, sifilide); qualche volta sono invece primitive e dipendono dalla torsione dell'idatide sessile di Morgagni.

Si iniziano con un dolore brusco; lo scroto è rosso, edematoso, dolente; con la palpazione non si arriva a distinguere l'epididimo; il cordone è grosso e dolente; si ha leggera febbre (38°). I sintomi retrocedono con qualche giorno di riposo in letto; sono di solito necessarî 4-10, rimane però qualche volta un po' di atrofia testicolare.

Altre volte invece la temperatura raggiunge i 39°-40°, a tumefazione aumenta e compare la fluttuazione. L'incisione della vaginale porta la fuoriuscita di pus ed in 3-4 settimane si ha la guarigione. Talora l'apertura, spontanea o provocata, della vaginale è seguita da sfacelo testicolare, ciò che indica che, se persiste la torsione, si può avere la morte funzionale del testicolo.

L'intervento chirurgico s'impone quindi, il più precoce possibile. Dopo apertura della vaginale si fa immediatamente la detorsione, si fissa il testicolo alla vaginale, questa allo scroto e si sutura la cute senza drenaggio. Quando la torsione è sopravaginale l'incisione deve arrivare fino all'anello inguinale.

Nel caso di orchite subacuta, le condizioni eziologiche sono le stesse, ma i sintomi meno notevoli. La temperatura non oltrepassa i 38°, i dolori sono meno vivi, la tumefazione è minore. Abbandonata a sè l'affezione retrocede spontaneamente dopo una diecina di giorni, lasciando il testicolo indenne. Per altro è sempre raccomandabile l'intervento d'urgenza che è inoffensivo e può farsi con la sola anestesia locale. Si pratica la incisione dello scroto e della vaginale; la detorsione è inutile. Dopo legatura, si pratica la resezione dell'idatide che è voluminosa, di colore rosso scuro, quasi nero.

(*Journal des praticiens*, 4 dic. 1926).

fil.

L'orchite della varicella.

L'orchite, complicazione frequente e ben nota del vaiolo, non è stata mai descritta nella varicella.

J. Sabrazès (*Bull. de l'Acad. de méd.*, n. 30, seduta del 26 luglio 1927) ne descrive un caso da lui osservato nel 1918 in un uomo di 20 anni, che, all'inizio del periodo eruttivo, viene colpito da orchiepididimite prima monolaterale, poi bilaterale, con versamento a carattere infiammatorio nella vaginale, e con parecchie riprese successive, che seguivano molto fedelmente il decorso e le poussées dell'esantema varicelloso. L'autore esclude la presenza di altre cause possibili di orchi-epididimite, e ricorda il reperto di inclusioni cellulari, simili a quelle dell'herpes, nei testicoli di una scimmia inoculata con materiale varicelloso (Rivers).

Non dice se nel caso da lui osservato rimase compromessa la funzione delle glandole genitali.

M. SABATUCCI.

TERAPIA.

I metodi di Whipple e Walinski nella cura dell'anemia perniciosa.

Il metodo di Whipple consiste nell'ingestione quotidiana di 200 grammi di pappa di fegato; quello di Walinski nella trasfusione e nelle iniezioni quotidiane di 5 a 20 unità di insulina.

P. Emile-Weil (*Soc. méd. des Hôpitaux*, ag. 1927) ha riferito su quattro casi di anemia perniciosa progressiva criptogenetica od ipoplastica, guariti con questi metodi. Tali guarigioni datavano già da parecchi mesi ed erano state ottenute in sei settimane circa; esse sembrano complete, in quanto che i malati hanno ritrovato le loro forze, non hanno più disturbi digerenti ed hanno ricuperato del peso (in due casi 12 kg.).

L'efficacia del metodo di Whipple è confermata da una sessantina di casi finora pubblicati, ai quali manca soltanto un'osservazione molto prolungata nel tempo. Pure efficace sembra il metodo di Walinski, in cui le iniezioni di insulina permettono alla trasfusione un'azione più utile e più intensa.

Il fatto che diversi metodi opoterapici possiedono una tale efficacia non solo ha un grande interesse pratico, ma suscita tutta una serie di problemi fisio-patologici; sembra che, per la prima volta, si agisca non solo sull'emopoiesi deficiente, ma anche sui processi di emolisi.

Alcuni hanno rilevato che, col metodo di Whipple, si hanno delle ricadute quando si cessa di somministrare il fegato; ma tali ricadute cedono con un nuovo trattamento, che è quindi necessario prolungare a dovere.

Importante è la preparazione del fegato di vitello. Esso deve essere raschiato mediante un coltello allo scopo di allontanare i vasi e di ottenere la polpa. Lo si cuoce quindi per qualche minuto a fuoco lento; lo si passa allo staccio e si riunisce la polpa al brodo, aggiungendovi un po' di burro e di sale.

fil.

Acidosi postoperatoria e sua cura.

L'acidosi postoperatoria è stata descritta per la prima volta da Naunyn e venne interpretata come un aumento patologico dell'acidità nel sangue e nei tessuti. Gli studi moderni sulla concentra-

zione degli ioni idrogeno devono modificare questo concetto. Nell'acidosi entrano in circolo in quantità maggiore del normale, sali di acidi organici, ma la concentrazione in ioni H che caratterizza il grado di attività dell'acidità del sangue resta invariata perchè il sangue possiede una riserva alcalina sotto forma di fosfati e carbonati e una valvola di sicurezza con il CO_2. Nell'acidosi quindi non si ha una alterazione degli ioni H ma bensì una diminuzione della riserva alcalina del sangue. Oltre a questo è caratteristico dell'acidosi un aumento nel sangue e nell'orina di corpi chetonici (acetone, ac. acetico e acido B-ossibutirrico).

I sintomi clinici possono essere appena accennati (cefalea, insonnia) o possono presentarsi con un quadro più grave (agitazione, insonnia, nausea, vomito, secchezza della bocca, cefalea, ecc.) o addirittura, nelle forme gravi, possono essere rappresentati da uno stato comatoso che porta a morte.

Beresow, Kuchowarenko e Lifschütz (*Archiv. f. klin. Chir.*, vol. 144, pag. 222, 1927) hanno esaminato 281 pazienti e hanno potuto stabilire l'esistenza dell'acetonuria nel 43 % dei casi. La percentuale è ancora inferiore a quella di altri autori. Non ha importanza alcuna il tipo della anestesia perchè l'acidosi postoperatoria è legata al trauma operatorio per sè stesso. L'acetone compare per lo più nel giorno successivo all'intervento e dura per 2-3 giorni. Le donne sono colpite circa tre volte più frequentemente degli uomini. In tutti i casi osservati si è trattato di acidosi compensata. È interessante rilevare che non esiste, secondo le ricerche degli AA. un rapporto netto tra il pH dell'orina e l'acidosi.

Contemporaneamente veniva dosata in tutti questi pazienti la glicemia, in genere è stato osservato un aumento del contenuto in zucchero del sangue dopo l'intervento. Nei casi in cui questo aumento era notevole i sintomi dell'acidosi si trovarono presenti nel 72 % dei casi, nei valori medii la frequenza era del 41 %, nei casi senza aumento della glicemia mancavano sempre i segni dell'acidosi.

Questa iperglicemia può essere spiegata come dovuta a una diminuzione del potere di ossidazione del glucosio da parte delle cellule dei tessuti e del fegato, conseguenza quest'ultima dello choc. Il diminuito potere di ossidazione delle cellule oltre all'aumento della glicemia porta alla comparsa di acidi organici nel sangue e quindi all'insorgenza dell'acidosi.

La cura dell'acidosi consisterà nel favorire l'ossidazione completa del glucosio e quindi nella somministrazione di insulina.

L'insulina può determinare d'altra parte, una inversione del quadro del glucosio provocando una ipoglicemia che si accompagna a gravi sintomi. È quindi prudente di associare all'insulina la somministrazione di glucosio. In questa maniera il glucosio può venire ossidato completamente e viene a rappresentare un notevolissimo fattore nell'aumento di resistenza del paziente allo choc operatorio.

Il giorno prima dell'operazione si iniettano 400 cmc. di glucosio al 5 % endovenosamente e 10 unità insuliniche sotto cute. Questo si ripete il giorno dell'operazione prima e dopo l'intervento. Il giorno seguente il paz. riceve tè zuccherato per bocca e 10 U. I. Negli individui molto deperiti la cura viene continuata per 4-5 giorni dopo l'intervento. In questo modo si sono ottenuti risultati brillanti in pazienti con cancro dello stomaco e in condizioni molto deperite.

VALDONI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. Gianni Cazzarolli, Verona:

I lavori di R. Magnus e della sua Scuola sui riflessi di posizione si trovano raccolti in un volume dello stesso Magnus: *Körperstellung. Experimentell-physiologische untersuchungen über die einzelnen bei der Körperstellung in tätigkeit tredenden reflexe, über ihr zusammenwirken und ihre störungen.* Julius Springer, Berlin, 1924.

I numerosi lavori del Magnus sui rapporti di innervazione e le influenze sensoriali nel sistema digerente sono riportati nel « Pfluger's Archiv » e nell'« Archiv f. d. ges. Physiologie » degli anni 1906 e 1908.

P. DI MATTEI.

Al dott. P. S., abb. n. 13748:

Per quanto riguarda le cause del parto, veda: Knaus, *Le cause del parto*, « Policlinico », Sezione pratica, 1927, n. 30, pag. 1071.

La saliva dell'uomo affetto da rabbia contiene il virus rabido, ma le osservazioni epidemiologiche escludono la trasmissione della malattia da uomo ad uomo (per attenuazione del virus?).

fil.

Al dott. P. A., da Napoli, abb. n. 10864-1:

Demelin e Destraigue: *Manuel de l'accoucheur.* Gaston Doin, edit., Parigi;

La pratique de l'art des accouchements, nella nuova edizione diretta da Brindeau; Vigot Frères edit., Parigi.

p. g.

VARIA.

Delinquenza ed encefalite letargica.

Si apprende che al Parlamento inglese fu presentato un progetto di legge col quale si mira a stabilire criteri speciali per giudicare di certi reati, quando siano compiuti da persona già colpita da *encefalite letargica.*

Si sono verificati dei casi — non molto frequenti, a dir vero, da noi — di convalescenti dell'accennata forma morbosa, i quali hanno commesso reati che sono contemplati dal Codice penale, o quanto meno atti strani, che possono lasciar dubbio sulla integrità delle loro facoltà mentali. E d'altra parte ha ragione lo psichiatra quando afferma che in molti casi l'encefalite può decorrere quasi inconsapevolmente all'occhio del profano, data l'estrema variabilità dei sintomi coi quali può presentarsi. Ond'è che appare non fuori del caso che la materia che riguarda la punizione dei crimini prenda in esame serio il prevenuto, nel dubbio che la pregressa malattia abbia potuto, colla incompleta padronanza dei poteri inibitorii, scemare, almeno in parte, la sua responsabilità.

Certo è che non bisogna esagerare nel provvedimento col quale si vuole scagionare chi ha compiuto atti lesivi verso la società, dando troppo facilmente parte della colpa, o tutta la colpa alla pregressa malattia: e certo pure si è che, nel dubbio, simili casi dovranno essere studiati accuratamente da vere competenze, tanto più nel pensiero che la moderna scuola nel giudicare chi commette qualunque reato, giustamente non intende con una punizione vendicare la società comunque offesa, ma piuttosto mira a correggere le funeste tendenze ed a facilitare la redenzione di colui che la giurisprudenza co'pisce.

E chi non vede che quando non si seguisse il principio che ora sembra prevalere nella legge proposta in Inghilterra, la giurisprudenza si mostrerebbe retrograda in confronto della scienza medica, punendo come criminali comuni, dei malati abbastanza gravi, quali sono tutti coloro che dell'encefalite letargica portano le stigmate pur troppo indelebili?

(*L'Avven. Sanit.*).

Delitti igienici delle pompe funebri.

E. Briau pubblica nel *Mouvement Sanitaire* del 30 nov. 1926 un articolo in cui sostanzialmente dice che coloro i quali partecipano alle onoranze funebri sono molto soggetti a contrarre dei malanni, a causa dell'abitudine invalsa di tenere il capo scoperto mentre si svolge la lenta cerimonia, e ciò sia all'esterno, sia nelle chiese, le quali d'inverno restano sempre fredde, anche se riscaldate artificialmente.

A questo proposito l'A. rileva che la religione ebrea e quella musulmana, codificate da igienisti, non impongono di togliersi il cappello entro i templi.

L'inconveniente sopra segnalato si rende sovratutto manifesto per gl'individui anziani e calvi; e nei tempi d'influenza è addirittura preoccupante: i funerali sono divenuti molto produttivi per le ditte di onoranze funebri; ma sarebbe tempo di modificare i costumi, in quanto hanno d'irrazionale.

L'A. vorrebbe modificato anche l'uso delle marce funebri in tono minore e tutto il cerimoniale rattristante: preconizza un ritorno ai tempi della Grecia, in cui le cerimonie funebri non avevano l'attuale carattere di desolazione.

(*Ann. d'Ig.*).

Tentativo di suicidio con insulina.

R. Secher (*Ugeskrift for Laeger*, 5 maggio 1927) riferisce il caso di un diabetico ventottenne il quale, in un momento di depressione, prese a scopo suicida una dose massiva di insulina: 60 unità; immediatamente se ne pentì e fece seguire due cucchiaiate da tavola di zucchero. Si determinarono sintomi di ipoglicemia, ma seguì la guarigione. L'A. rileva che in casi di omicidio o suicidio da insulina sarebbe difficile riconoscere all'autopsia la causa della morte.

O. F.

La durata del sonno.

Sir Thomas Oliver, clinico medico dell'Università di Durham, nel suo discorso inaugurale, tenuto all'Istituto d'Igiene di questa città, trattò della vecchiaia. Mise in rilievo, tra l'altro, che a torto si ascrive a insufficienza di sonno il compito di anticipare la vecchiaia. La durata del sonno è in gran parte questione individuale; vi sono individui che di regola non dormono più di 4 ore su 24, e che rendono molto e raggiungono un'età avanzata. L'oratore ne addusse alcuni esempi, tra cui quello di Edison, da lui visitato a due riprese e che dimostra un'intelligenza sempre vigile e una memoria ferrea malgrado le poche ore concesse al sonno. O. F.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

CANDELA dott. ATTILIO. *La quistione della libera docenza e la legge 30 settembre 1923, n. 2102.* — Jesi, 1926.

ALFIERI EMILIO. *Aborto e sterilizzazione tubarica temporanea in una sola seduta laparotomica.* — Pavia, Tip. Coop., 1926.

ATTILI SORDELLO. *Studio radiologico di due casi di pseudoermafroditismo.* — Milano, C. Zerboni, 1927.

ID. *Il primo anno di vita dell'Istituto di Terapia fisica dell'Università di Bari.* — Roma, Tip. Piaggesi, 1926.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Indagini sui modi di allattamento.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica, Div. VI, Sez. I), ha diramato ai Sigg. Prefetti del Regno la seguente circolare in data 30 nov. 1927 (VI):

Questo Ministero, nell'intento di avere utili elementi nei riguardi dei modi più diffusi di allattamento dei bambini, e dell'influenza che il modo di allattamento esercita sullo stato di salute dei lattanti, ha stabilito di procedere ad uno speciale rilevamento statistico.

Due ordini di provvedimenti si sono riconosciuti utili allo scopo:

a) il controllo all'atto delle *denunzie di morte;*

b) il controllo all'atto della *prima vaccinazione jenneriana* obbligatoria per legge.

* * *

Per quanto riguarda il primo punto, l'Istituto Centrale di Statistica ha già adottata una nuova scheda necrologica, nella quale, quando trattasi di denunzia di morte di bambini al di sotto di un anno, il medico che redige il certificato deve rispondere alle domande seguenti:

1) Era stato allattato al seno? Per quanto tempo?

2) L'allattamento era fatto esclusivamente al seno? Oppure in parte artificiale?

3) L'allattamento al seno era materno?

È superflua ogni delucidazione sulla importanza, ai fini sanitari, delle dette domande, e su tale argomento si pregano le SS. LL. di volere, a mezzo dei Sindacati e degli Ordini dei medici, richiamare l'attenzione dei sanitari, affinchè non trascurino di fornire, nel modo più preciso, risposta concreta alle singole domande.

Necessita anche disporre che gli ufficiali dello Stato Civile portino attento esame sui certificati di denunzia di morte dei bambini al disotto di un anno, richiedendo, qualora risultino omesse, le indicazioni necessarie.

* * *

Il controllo all'*atto delle vaccinazioni* può dare altri e più completi elementi.

Ritiensi necessario rammentare le disposizioni che disciplinano la « *vaccinazione Jenneriana* ».

Ai sensi dell'art. 67 del R. D. legislativo 30 dicembre 1923, n. 2889, tutti i bambini devono essere vaccinati nel primo semestre di età, od al più tardi nel primo anno di vita.

L'art. 19 del regolamento 29 marzo 1892, numero 329, stabilisce che il medico vaccinatore, sia comunale che privato, deve inviare all'ufficio sanitario municipale la dichiarazione della vaccinazione praticata e dell'esito di essa, indicando il nome e cognome del vaccinato, l'anno ed il giorno della nascita.

Queste condizioni di fatto, già esistenti, rappresentano circostanze favorevoli al rilevamento in parola, ed esse possono agevolmente condurre al risultato che si prefigge questo Ministero, richiedendo dai medici vaccinatori una integrazione delle notizie che già hanno obbligo di fornire.

Le SS. LL. dovranno, perciò disporre: che i medici vaccinatori municipali, come i medici privati, che eseguano la vaccinazione, nel darne l'obbligatoria denunzia all'ufficio sanitario del Comune, oltre le indicazioni prescritte dall'articolo 19 del regolamento su ricordato, debbano fornire anche le notizie seguenti circa il modo di allattamento del bambino:

a) se è allattato al seno materno;

b) se è allattato da nutrice, indicando se l'allattamento effettuasi in casa dei genitori od in casa della nutrice;

c) se è allattato solo artificialmente;

d) se si esegue l'allattamento misto (al seno ed artificiale).

Di queste disposizioni le SS. LL. vorranno rendere edotti i sanitari, ed interessare i Sindacati e gli Ordini dei medici per una valida collaborazione alla divulgazione delle stesse.

Occorre, inoltre, disporre che gli ufficiali sanitari comunali, nel ricevere le dichiarazioni di vaccinazione, si accertino sempre, ed in tutti i casi, che i medici abbiano fornite le dette notizie, promovendone la necessaria integrazione, qualora esse risultassero incomplete.

Rendesi anche necessario predisporre in conformità i registri di vaccinazione, creando apposita voce sul « modo di allattamento » in guisa che ne venga agevolato lo spoglio dei dati.

* * *

Le indagini su accennate, in un primo tempo, devono essere eseguite nel Capoluogo ed in qualche altro centro importante, lasciando peraltro al prudente giudizio delle SS. LL. di stabilire se convenga estenderlo a tutti i Comuni della Provincia, ovvero ad alcuni di essi, che meglio affidino per un sicuro risultato.

Il Ministro è sicuro del vivo personale interessamento delle SS. LL. e della efficace collaborazione dei medici provinciali per la più rigorosa attuazione dei suoi intendimenti in questa materia, che riveste grande importanza sanitaria, e, mentre attende sollecita assicurazione, prega dare entro il 31 dicembre p. v. notizia dei provvedimenti adottati.

Pel Ministro: A. MESSEA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASCOLI PICENO *R. Prefettura*. — Uff. san. di Fermo; v. fasc. 49. Scad. 20 gen.

BRESCIA. *Municipio*. — A tutto il 10 gen. Segretario di 1a capo ufficio Medico presso la Divisione III (Sanità - Polizia - Annona). Titoli., laurea in medic. e votazioni negli esami. Docum. a 3 mesi dal 3 dic.; tassa L. 50.05. Stip. L. 13 mila e 4 trienni di L. 1500; serv. att. L. 3500; indenn. carica L. 2000; c.-v.; divieto libera professione. L'Amministraz. si riserva di non procedere alla nomina.

CAGLI (*Pesaro-Urbino*). — Chirurgo primario di città e 2 med.-chir. condotti; L. 9000; pei medici indenn. cav. L. 3000; tassa L. 50; scad. 31 dic.

CARPI. *Congregazione di Carità*. — Scad. ore 12 del 31 dic. V. fasc. 49.

CASTIGLIONE DELLE STIVIERE (*Mantova*). — *Congregazione di Carità*. — Al 15 gen., chirurgo primario direttore dell'Ospedale Civ.; L. 10,000 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; 60 % atti operativi e tasse di cura; età mass. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 1° dic.; tassa L. 50.

CICERALE CILENTO (*Salerno*). — Scad. 31 dic.; L. 7000 e 4 aumenti decimo, oltre L. 500 uf. san. e L. 1500 cav.; addizion. L. 5 oltre il 20 % della popolaz.

CINIGIANO (*Grosseto*). — A tutto 31 dic., per Monticello Amiata; L. 10,500 e 5 sessenni dec.; tassa L. 50 (50,15); docum. a 3 mesi dal 1° dic.; serv. entro 20 gg.

CIVITELLA CASANOVA (*Pescara*). — Scad. 6 gen.; L. 9000 aumentab. e indenn.; tassa L. 50.

CRESPINO (*Rovigo*). — Al 31 dic.; L. 8000 e indenn. varie; tassa L. 50.15.

CURTATONE (*Mantova*). — Scad. 1° gen.; due condotte; L. 9500 e L. 9000, 5 quadrienni di L. 1000; c.-v.; indenn. trasp. variabile col mezzo adoperato; tassa L. 50.

FELTRE (*Belluno*). — Scad. 31 dic.; 3° rep.; L. 800 per 1000 pov., addizion. L. 5; 5 quadrienni decimo; c.-v.; L. 1000-2000-3500 trasp.; tassa L. 50.15. È pendente un ricorso del già titolare.

FERRARA. *Ufficio d'Igiene*. — Medico aggiunto di 2a, titoli; scad. ore 16 del 16 gen.; tassa lire 50.15; stip. L. 10,100 aumentab. e indenn. varie

GORGONZOLA (*Milano*). *Ospedale Serbelloni*. — Medico assistente; Scad. 31 dic. V. fasc. 50.

GROSSETO. — Scad. 31 dic. V. fasc. 50.

LEPRIGNANO (*Roma*). — Al 20 gen.; L. 10,500 e complementi; tassa L. 50.10.

MELZO (*Milano*). *Ospedale di S. Maria delle Stelle*. — A tutto 31 dic. V. fasc. 49.

MONTEFALCO (*Perugia*). — Scad. 30 dic.; lire 9000 e sessenni dec.; L. 600 ospedale; indenn. trasp.; c.-v.; età lim. 35 a. Tassa L. 50.15.

MONTEFIORE DELL'ASO (*Ascoli P.*). — Al 10 gen.; L. 8092 e indenn.; tassa L. 50.10.

MONTIRONE (*Brescia*). — Scad. 31 dic.; L. 11,000 e indenn.; ab. 1500.

MORRO D'ALBA (*Ancona*). — Scad. 31 dic.; lire 8500 e 10 bienni ventes.; L. 1000-2000-3000 trasp.; L. 500 uff. san.; L. 780 c.-v.; casa con orto dietro congruo prezzo di fitto; tassa L. 50.15.

NAPOLI. *Alto Commissariato per la Provincia*. — Uff. san. di Torre Annunziata; scad. 30 dic. V. fasc. 48. — Uff. san. Mugnano di Napoli-Calvizzano. Scad. 31 gen. V. fasc. 50.

NOVARA. — Al 31 dic. V. fasc. 50.

POTENZA PICENA (*Macerata*). — A tutto 27 dic. V. fasc. 49.

PRASOMASO (*Sondrio*). *Sanatorio Umberto I*. — Vice direttore; scad. 31 genn. 1928. V. fasc. 50.

RAIANO (*Aquila*). — Scad. 30 gg. dal 25 nov., ore 18; L. 8500 oltre L. 500 uff. san.; età lim. 45 a.; docum. a 3 mesi. Tassa L. 50. Ab. 5000, raggruppati.

RIMINI. — Due cond.; al 5 gen.; L. 9000 e complementi.

RIPOSTO (*Catania*). — Al 20 gen.; L. 8000 e 4 quinquenni dec.; ab. 10,697; kmq. 11; condotta unica; 8 medici liberi eserc.; età lim. 50 a.; tassa L. 50.15; docum. a 3 mesi dal 30 nov.; serv. entro 15 giorni.

ROSIGNANO MARITTIMO (*Livorno*). — Al 30 dic. V. fasc. 50.

SALEMI (*Trapani*). — Al 30 dic.; L. 8500 e complementi.

SAN BENEDETTO VAL DI SAMBRO (*Bologna*). — Scad. 31 dic.; L. 9800 e 5 quadrienni dec.; trasp. L. 3000; tassa L. 50.15.

SAVONA. — Due med. cond. supplenti senza assegnaz. di zona; L. 5000 e 10 bienni ventesimo; c.-v.; scad. 31 dic.

SPEZIA. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele III*. — A tutto 31 gen., medico primario. Chiedere copia avviso all'Ufficio di Segreteria.

SULMONA. *Casa Santa dell' Annunziata*. — Aiuto di chirurgia all'Ospedale Civile; scad. 31 dic. V. fasc. 50.

TRENTO. — Al 15 gen.; per 2 sobborghi; L. 7800, aumenti, indenn.

VERNATE (*Cuneo*). — Scad. 31 dic.; 2a cond.; L. 8000 e 10 bienni vigesimo.

VERONA. *Amministraz. Provinciale*. — Direttore della Sez. medico-micrografica del Laboratorio provinc. d'Igiene e Profilassi; L. 16,000 e 2 scatti quadriennali di L. 800 e di L. 1000, oltre indenn. serv. attivo L. 4200 e 20 % analisi a pagam.; titoli ed esami; età mass. 45 a. eccettuati aiuti e assistenti delle Facoltà mediche purchè prestino già servizio presso laboratorio dipendente dallo Stato. Scad. 30 gen.

VERZANO (*Trento*). — Scad. 25 dic.; consor.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre indennità.

VICENZA. *Amministraz. Provinciale*. — Proroga al 15 gen., ore 18, del conc. a direttore del Laborat. Provinc. d'Igiene e Profilassi, Capo della Sezione batteriologica e medico-micrografica.

Importante fabbrica italiana prodotti biologici ed opoterapici, cerca medico che abbia profonda conoscenza scientifica di tutte le questioni tecniche, farmacologiche e cliniche inerenti. Richiedonsi referenze scientifiche di primo ordine e larga conoscenza sperimentale. Stipendio L. 40,000 annue migliorabili; posizione morale di grande soddisfazione. Scrivere a Casella Postale 1195, Milano.

Venderei d'occasione a mite prezzo ferri chirurgici per ostetricia, naso, orecchio, odontologia e ferri generici. Scrivere Marina Poma Rosati, Napoli, Arco Mirelli II, isolato Ferraro.

Clinica privata di nuova istituzione in città del Veneto, cerca colleghi specializzati in chirurgia e ginecologia ed altre specialità disposti collaborare associandosi. Mandare offerte non oltre il 30 dicembre Rag. Dante Consigli, via di Pietra, 91, Roma.

Ottima occasione 12 tubi quasi nuovi per Gabinetti radiologici di cui: 1 tubo valvola Itala, 2 tubi americani, 1 tubo Pilou ad acqua, 1 tubo Itala ad acqua, 2 tubi Gundelach a secco, 1 tubo Gundelach ad acqua, 1 tubo Radiologie ad acqua bollente, 1 tubo Itala ad acqua bollente: scrivere dott. Manlio Gembillo - Firenze, R. Istituto di Radiologia, via Alfani 33.

CONCORSI A PREMI.

Premio Battista Grassi.

La R. Accademia Nazionale dei Lincei con la somma di L. 126,588.60 raccolta per onorare Battista Grassi, e per destinazione data a questa somma dallo stesso socio, ha istituito un « Premio Battista Grassi » destinato a promuovere gli studi nel campo della parassitologia. La detta somma è investita in consolidato italiano 5 %.

Gli interessi, depurati dalle eventuali spese, costituiranno un premio annuo, perpetuo, indivisibile, da conferirsi a studiosi italiani come incoraggiamento a ricerche nella scienza suddetta.

Il premio sarà proposto da una Commissione composta di tre soci della classe di scienze fisiche, matematiche e naturali. Per desiderio espresso dal compianto socio B. Grassi, la figliuola dott. Isabella Grassi prenderà parte, con voto consultivo, ai lavori della Commissione. Le proposte della commissione saranno sottoposte alla approvazione dell'Accademia. Il giudizio sarà annunziato nell'adunanza solenne.

Coloro che aspirano al « Premio Battista Grassi » dovranno presentare all'Accademia, entro l'anno solare precedente quello in cui il premio sarà conferito, lavori editi o inediti, o programmi particolareggiati delle ricerche che intendono compiere, insieme a quei titoli di studio o di carriera che crederanno utile di far conoscere. Può concorrere di nuovo ed ottenere il premio anche chi ne abbia goduto precedentemente, purchè i nuovi titoli presentati dimostrino l'importanza e i progressi della ricerca che è stimata degna di incoraggiamento. Però il premio non può essere dato alla stessa persona per più di due anni consecutivi, se non in via eccezionale, e in ogni modo non mai più di tre volte.

Il premiato, entro un anno dal conferimento, dovrà far conoscere all'Accademia i risultati della ricerca a cui il premio ha contribuito.

Qualora nessuno dei concorrenti sembri alla Commissione meritevole del premio, potrà la Commissione proporre e l'Accademia stabilire che il detto premio o parte di esso venga conferito anche a persona che non abbia concorso, ma abbia nel triennio precedente pubblicato scritti e compiute ricerche importanti nel campo della parassitologia.

I Soci Nazionali dell'Accademia non potranno concorrere al Premio.

I premi non conferiti e le altre somme rimaste disponibili costituiscono un fondo amministrato dall'Accademia in conto separato, destinato a facilitare nuove ricerche nella scienza cui si riferisce il premio, nonchè a formare un capitolo speciale per controbilanciare eventuali conversioni della rendita.

Il termine per la presentazione delle domande al primo concorso scade il 31 dicembre 1927.

La « Rivista di Terapia Moderna e di Medicina Pratica » di Milano, bandisce tre concorsi a premii, tra i Medici di nazionalità italiana, per lavori sui temi seguenti:

1) « Il contributo scientifico italiano, antico e recente, nel campo della Medicina interna e delle singole discipline medico-chirurgiche ». (Rivendicazioni scientifiche italiane).

2) « Applicazioni terapeutiche della « Forgenina » nel campo della Medicina interna e delle singole specialità medico-chirurgiche ».

3) « Applicazioni terapeutiche della « Genetina » nel campo della Medicina interna e delle singole specialità medico-chirurgiche ».

Somma disponibile pei premi L. 30,000 (trentamila), con tre primi premii, ciascuno di lire 5000 (cinquemila); mentre le rimanenti L. 15,000 restano divisibili in premi minori, secondo il criterio che adotterà la Commissione, la quale aggiudicherà tali premi.

I tre concorsi si chiuderanno il 15 dicembre 1928; ed i premii saranno aggiudicati da una Commissione di Professori Universitari e di Personalità scientifiche, con rappresentanza anche del giornalismo medico.

Per ogni ulteriore schiarimento rivolgersi alla « Rivista di Terapia Moderna e di Medicina Pratica », Milano (132), via Vallazze 39.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

La Facoltà medica di Catania, in sostituzione del prof. Raimondo Feletti, andato in ritiro per limiti di età, ha nominato direttore della Clinica medica il prof. Maurizio Ascoli, che da molti anni occupava onorevolmente la cattedra di patologia medica. A questa cattedra la Facoltà ha chiama-

to il prof. Luigi Preti, titolare dell'insegnamento di patologia e clinica medica a Sassari.

Il prof. Giuseppe Sabatini, aiuto presso la Clinica medica dell'Università di Roma, è stato incaricato dalla Facoltà medica di Sassari dell'insegnamento di patologia e clinica medica. Rallegramenti cordiali.

Il Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni ha deciso di chiamare a far parte della Commissione malariologica, in qualità di membri corrispondenti, il dott. A. Barber del Servizio di Sanità Pubblica degli Stati Uniti; il dott. F. Boyd, dell' « International Health Board » della Fondazione Rockefeller; il prof. A. Missiroli, della nostra Direzione Generale della Sanità Pubblica, direttore della Stazione Sperimentale per la lotta antimalarica.

Ci compiacciamo col nostro amico prof. Missiroli, per questo riconoscimento ufficiale del suo valore nel campo della malariologia.

Hanno conseguito la libera docenza in batteriologia il dott. Nicola Sette, direttore dei laboratori dell'Ospedale Civile di Ancona, e il prof. Pietro Zannelli, dei Laboratori scientifici della Sanità. Lo Zannelli era già libero docente in igiene.

Ai nostri due ottimi amici, che si sono decisamente affermati nel campo scientifico e tecnico, i nostri vivi rallegramenti.

Il Consiglio Superiore per la diffusione della coltura, presieduto dall'on. Michele Bianchi, ha affidato al prof. Achille Sclavo, rettore della R. Università di Siena, la presidenza della Commissione per l'igiene e l'educazione fisica.

Il Comitato Internazionale di Urologia, riunito a Bruxelles in occasione dell'ultimo Congresso Internazionale di Urologia, ha nominato membro della Società il prof. Tebaldo Cimino di Palermo.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Padova.

Notizie del movimento scientifico della R. Università.

Nell'Istituto d'Igiene della R. Università il Direttore, prof. Casagrandi, ha comunicati alcuni suoi studi d'indole eugenica eseguiti con filtrati spermatozoi rivivescenti, i quali, inoculati intradermicamente a femmine gravide di animali da esperimento, hanno data speciale reazione, a differenza dei filtrati di altri spermatozoi. Queste ed altre ricerche convalidano l'esistenza di particolari spermatozoi fecondanti nella massa di quelli che vengono emessi. Tali ricerche hanno anche condotto l'Autore a prospettare la possibilità di mettere in evidenza l'esistenza di spermatozoi ammalati in alcune infezioni, tra cui la sifilide

Pure nell'Istituto d'Igiene il prof. Casagrandi, servendosi dei metodi della labilità serica o plasmica in rispondenza a particolari stati colloidoclasici, ed in particolari condizioni degli organismi (p. e. progenie di individui tubercolosi) ha messo in evidenza squilibri colloidoclasici rivelanti una predisposizione all'infezione, che in nessun altro modo è dimostrabile, ed ha precisato così l'esistenza di una predisposizione con infezione, predisposizione che non ha nulla a che vedere con quella data dalla latenza dei virus dimostrabili nella forma microscopica nota. Questo squilibrio colloidoclasico dimostra che si può curare in vario modo, anche con agenti terapeutici semplicissimi, come con le acque minerali oligometalliche, rapresentando questi i primi tentativi di cura diretta della cosidetta predisposizione. Nello stesso tempo l'Autore stabilisce alcuni fatti che svegliano questa forma di predisposizione ed alcune volte anche latenze vere e proprie, tra cui l'abbassamento di pressione, sempre che questo si leghi a conseguenti fenomeni colloidoclasici.

*
* *

Il prof. Sabbatani, Direttore dell'Istituto di Farmacologia dell'Università, ha presentato al pubblico il XXI volume dei lavori eseguiti nel suo Istituto durante il 1927, volume composto delle seguenti pubblicazioni sue e dei suoi allievi:

Sabbatani: « Ricerche farmacologiche sul ferro »; VIII. « Saggio biologico dei preparati di ferro per uso ipodermico » (*Biochim. e Terap. Sperimentale*, 1926, XIII); « Ricerche farmacologiche sul ferro »; IX. « La protoferrina o ferratina è sostanzialmente dell'ossido idrato ferrico » (*Ib.*, 1926, XIII); « Ricerche farmacologiche sul ferro »; X. « Indirizzi e metodi di Studio » (*Ib.*, 1926, XIII); « La cattedra dei semplici fondata a Bologna da Luca Ghini » (*Studi e memorie per la Storia dell'Univers. di Bologna*, vol. IX); « Se Luca Ghini abbia studiato a Padova » (*Atti del III Congr. Nazion. della Soc. Ital. di Storia delle Sc. Med. e Natur.*, Venezia, 1925); « Commemorazione del prof. Gaetano Gaglio » (*Rendiconti d. R. Acc. dei Lincei*, Classe Sc. Fis. Mat. e Nat., 1926, vol. III, serie VI).

Scremin: « Studio sull'antidotismo generale fra bario e solfato » (*Arch. Intern. de Pharmacodyn. et de Thér.*, 1926, XXXII). « Come si comporti la cute in presenza di soluzioni acide » (*Boll. d. Soc. di Biol. Speriment.*, 1926, I). « Del sinergismo farmacologico » (*Ib.*, 1927, II).

Spagnol: « Esperienze relative alla incoagulabilità del sangue emoftoico » (*Atti d. Soc. Med. Chir. di Padova*, 1926, IV). « Azione della gelatina sui globuli bianchi » (*Gaz. d. Osp. e d. Clin.*, 1926, n. 23). « Azione farmacologica comparata dei sali ramosi e ramici » (*Arch. d. Soc. Biol.*, 1926, IX). « Azione farmacologica comparata di alcuni colloidi di rame » (*Ib.*, 1926, I). « Come il curaro svolge l'azione sua in rapporto alla velocità d'iniezione » (*Ib.*, 1927, II).

Testoni: « Tensimetro differenziale ed esperienze con miscele olio-etere » (*Ib.*, 1926, I). « Come la presenza di olio modifichi l'azione dell'etere.

Esperienze per via polmonare » (*Bioch. e Terap. Sper.*, 1926, XIII). Idem. « Esperienze per via peritoneale » (*Ib.*, 1926, XIII). « Azione comparata dei sali mercurosi e mercurici » (*Arch. Inter. de Pharmacodyn. et de Thér.*, 1926, XXXII).

Stella: « Die gegenseitige Schutzwirkung der kolloiden Mg. Ca. Sr. und Ba Karbonate » (*Kolloid Zeitschrift*, 1926, XL).

Rabbeno: « Sui saponi di calcio ». I. « L'oleato di calcio » (*Boll. d. Soc. di Biol. Sperim.*, 1927, 1); II. « Iniezioni endovenose contemporanee di oleato sodico e cloruro calcico » (*Ib.*, 1927, II).

Antonibon: « Azione comparata della quassina nei vertebrati e negli insetti » (*Arch. Intern. de Pharmacodyn. et de Thér.*, 1927, XXXIII).

Cominotti: « Sulla incompatibilità fra acido cianidrico e composti mercuriali » (*Arch. di Farmac. Sper. e Sc. affini*, 1926).

La parte più importante di questi studi riguarda il gruppo delle ricerche sui colloidi di ferro (Sabbatani), di rame (Spagnol), e sui colloidi misti alcalino-terrosi (Stella), studi che mirano all'organotropismo dei colloidi, cioè alla possibilità di fissare il materiale farmacologico (iniettato nelle vene) all'organo sul quale deve agire. Con mezzi vari, in queste ricerche, vennero anche ottenute variazioni di tropismo: interessantissime in tal senso sono le esperienze mediante le quali venne provato che in qualunque punto della cute d'un animale si può ottenere una facile fissazione di sostanze iniettate per via endovenosa (colloidi o soluzioni metalliche capaci di trasformarsi in colloidi in contatto col sangue) quando il detto punto sia stato sottoposto a rapido contatto col cloroformio.

*
* *

Nella Clinica Oculistica il direttore prof. G. Ovio pubblica una serie di lavori dei quali alcuni escono anche dal limite dell'interesse scientifico per entrare in argomenti che interessano vivamente la cultura generale. Sono i seguenti: « Anatomie et Physiologie de l'œil dans la serie animale » (Parigi, ed. Alcan; con 307 figure); « La visione dei colori » (Milano, ed. Hoepli; con 19 tavole ed 81 illustrazioni); « L'espressione ed il senso estetico dell'occhio » (Ib., con 17 tav. e 39 figure); « Indicazioni crenoterapiche nelle malattie oculari » (in *Trattato di Crenoterapia* del prof. Trambusti, Ib.); « Il principale difetto oculare di Giacomo Leopardi e la sua pretesa influenza sull'opera del poeta » (*Atti d. R. Ist. Veneto*, tom. 86, parte II).

*
* *

Il prof. Paolo Enriques, direttore dell'Istituto di Zoologia dell'Università, ha portato al X Congresso Internazionale di Budapest (settembre 1927) l'invito del Governo italiano perchè l'XI Congresso di Zoologia sia tenuto in Italia. L'invito venne accolto calorosamente, e venne scelta come sede per il convegno la città di Padova, ove esso avrà luogo l'anno 1930. Il prof. Enriques ne fu nominato Presidente seduta stante.

Si prevede che questo costituirà un grande avvenimento scientifico, data l'importanza che hanno assunto tali Congressi. A Budapest gli iscritti erano circa 850, dei quali più di 700 effettivamente intervennero al convegno. *PLF.*

Da Milano.

L'Opera dell'Istituto Vaccinogeno Antitubercolare.

Va sempre più affermandosi l'opera svolta nel campo sperimentale dall'Istituto Vaccinogeno Antitubercolare. L'Istituto, che conta oramai quasi quattro anni di vita, è stato fondato dal Comune e dalla Provincia col preciso còmpito di studiare i vari tipi di vaccinazione e di vaccini antitubercolari, ma si è dedicato sinora soprattutto allo studio delle vaccinazioni con bacilli di Calmette Guérin. L'Istituto ha eseguito sinora circa 4000 vaccinazioni sugli animali bovini e oltre 100 sui neonati umani scelti tutti tra figli di tubercolotici o conviventi intimamente con tubercolotici. Oltre a ciò ha eseguite varie serie di esperienze di controllo, le une sottoponendo contemporaneamente animali vaccinati e non vaccinati a infezioni artificiali massive con bacilli della tubercolosi, altre sottoponendo ad una stretta coabitazione con animali tubercolotici di forme aperte animali vaccinati e animali non vaccinati.

Secondo i dati ufficiali dell'Istituto Vaccinogeno Antitubercolare si sarebbe raggiunto con tali vaccinazioni una mortalità per tubercolosi nulla sia negli animali che nei bambini vaccinati. Come è noto le vaccinazioni con bacilli di Calmette si possono praticare soltanto nei primi 10-15 giorni di vita e vengono praticate negli animali sottocute e nei bambini per bocca.

RUGGERO ASCOLI.

NOTIZIE DIVERSE.

Alla Società delle Nazioni.

Il Consiglio della S. d. N. ha preso conoscenza dei lavori compiuti in una recente sessione straordinaria dal Comitato dell'oppio, stabilendo di richiamare l'attenzion di tutti i membri della Società che non fanno parte della Convenzione di Ginevra del 1925, sull'interesse che la Commissione annette all'entrata in vigore della Convenzione. Il delegato italiano Scialoja ha presentato, a questo riguardo, una proposta relativa al modo di costituzione dell'ufficio centrale permanente previsto dalla Convenzione dell'oppio del 1925.

Si è stabilito quindi di invitare il Comitato di studio dell'unione internazionale di soccorso promosso come è noto dall'italiano Ciraolo, a tenere una prossima riunione per lo studio delle misure necessarie per la attuazione del programma che l'unione si propone.

Il Consiglio ha proceduto a un certo numero di nomine.

Congresso internazionale ospedaliero.

Su invito dell'Associazione Americana Ospedaliera, si sono adunati a Parigi, il 15 settembre,

i rappresentanti medici di 11 Paesi, per prendere in esame la proposta di adunare un Congresso internazionale ospedaliero nel 1929. Oltre ai delegati americani, intervennero alla riunione il segretario generale dell'Associazione Medica Britannica, il presidente della Federazione francese delle Unioni ospedaliere, il presidente della Lega internazionale delle Società della Croce Rossa, la segretaria del Consiglio internazionale delle infermiere, ecc. Si decise di tenere il Congresso negli Stati Uniti durante il mese di giugno del 1929, e di costituire un Comitato ordinatore, che sarà composto di due delegati per ogni Paese rappresentato; ne sarà segretario generale E. H. Lewinski-Corvin, Ph. D., United Hospital Fund, New York, il quale indirà una prima riunione del Comitato nel marzo prossimo, a Parigi, presso la Lega delle Società della Croce Rossa.

I principali problemi da discutere saranno limitati ai seguenti: 1° creazione di Associazioni ospedaliere nazionali e di un'Associazione internazionale; 2° il campo d'azione degli ospedali pubblici e privati (Case di salute); 3° l'ospedale come centro di cura, di profilassi, d'insegnamento medico e di ricerche scientifiche; 4° preparazione del personale infermieristico, ausiliario e di fatica; 5° problemi economici relativi all'Amministrazione ospedaliera. Non si emetteranno voti sui problemi tecnici. Un'Esposizione internazionale sarà annessa al Congresso.

II Congresso internazionale di radiologia medica.

Si adunerà a Stoccolma dal 23 al 27 luglio 1928. Segretario generale ne sarà il dott. Alexel Renauder, Stockholm. Tassa d'iscrizione: 40 corone svedesi. Coloro che intendono di fare delle comunicazioni, sono pregati d'inviarne un sunto scritto a macchina, non eccedente 400 parole, non oltre il 1° gennaio, in francese, inglese o tedesco; ed una pagina in ottavo non oltre il 1° aprile. Qualora il numero delle comunicazioni annunziate dovesse eccedere quelle che potranno essere lette, il comitato ordinatore si riserva di farne una cernita. Le comunicazioni non potranno durare più di 15 minuti e ogni socio non potrà farne più di due.

L'Associazione Medica Britannica.

Al Congresso annuale tenutosi quest'anno a Edimburgo è stato eletto presidente dell'Associazione per il 1927-28 sir Robert W. Philip, professore di tisiologia all'Università di Edimburgo e medico onorario del Re per la Scozia; sir Ewen McLean, ginecologo della Cardiff Infirmary, fu eletto presidente del prossimo Congresso; il dott. Charles O. Hawthorne fu eletto presidente del corpo dei delegati.

Si è deciso che il Congresso del 1930 debba tenersi nel Canadà, a Winnipeg.

Congresso tedesco di medici ferroviarî.

Dal 29 agosto al 1° settembre si è adunato a Vienna il 14° Congresso dei medici ferroviari tedeschi. Vi furono fatte interessanti relazioni. Il prof. Wagner-Jauregg trattò degli stadi iniziali della demenza paralitica e della tabe dorsale tra i ferrovieri; il dott. Bloss mise in evidenza l'importanza degli esami psichici ripetuti; il prof. Roepke trattò della lotta contro la tubercolosi; il prof. Scheffer delle neurosi traumatiche; il dott. Schneider degli esami oculari.

Istituto tedesco per ricerche di medicina interna.

Sarà tra breve aperto ad Heidelberg, con fondi elargiti dallo Stato di Baden e dal Municipio della città, che ha donato anche il suolo per la costruzione. È stato raccolto un primo fondo di 780 mila marchi. Il nuovo Istituto sarà diretto dal prof. Krehl, direttore della Clinica medica, e comprenderà sezioni di fisiologia patologica, fisica medica, chimica medica e psicologia medica, i cui direttori non avranno l'obbligo d'insegnamento. La spesa annua d'esercizio dell'Istituto è calcolata di 300.000 marchi.

L'Istituto tisiologico di Amburgo.

Il 15 settembre venne riaperto ad Amburgo, in occasione di un Congresso di tisiologi, l'Istituto per gli studî sulla tubercolosi, presso l'Ospedale Oppendorf. Si era dovuto chiuderlo durante la guerra, per mancanza di fondi, i quali sono stati ora elargiti da varie Compagnie d'assicurazione, in seguito a interessamento del prof. Brauer, direttore dell'Ospedale. L'Istituto recherà il nome di « Deutsche Forschungsanstalt für Tuberkulose ».

Convalescenziari per bambini reumatici a Londra.

Il Comitato Metropolitano degli asili ha deciso di provvedere alla cura dei bambini di Londra sofferenti di malattie reumatiche, in appositi convalescenziari. All'uopo il numero dei letti del « Queen's Mary Hospital » per bambini verrà portato a 350 in aggiunta ai 60 letti primieramente riservati a scopo di ricerche.

Era stata prospettata l'idea di utilizzare la bellissima contrada di Copthorne, acquistata nel 1914 per la costruzione di un sanatorio; ma questo progetto è stato abbandonato, a causa della ingente spesa che importerebbe la costruzione di un fabbricato in una località, ove presentemente vi è deficienza dei pubblici servizi. Il convalescenziario dovrà accogliere bambini d'ambo i sessi, al disotto dei 16 anni, sofferenti di reumatismo subacuto, corea minor, o carditi reumatiche incluse le forme con attacchi ricorrenti. Si ammette che a Londra vi siano non meno di 10 mila bambini che hanno sofferto o soffrono di infezione reumatica, e in una recente relazione al Consiglio della contea di Londra, il dott. F. K. Menzies ha fatto presente che da 600 a 700 bambini sono assenti da scuola per lunghi periodi di tempo perchè malati di reumatismo, il che rappresenta il 25 % di invalidità cronica tra gli scolari.

L'esperimento di inviare questi bambini ai comuni convalescenziari non ha dato buoni risultati. Il sottocomitato per le malattie cardiache reumatiche nei bambini ha dimostrato l'urgenza di ampliare detti convalescenziari o scuole-ospe-

dali. Ciascuna città dovrebbe cercare di creare una specie di ospedale o colonia suburbana, in una località amena, ove poter curare detti bambini. Questo progetto sta per avere la sua piena attuazione a Londra al « Queen Mary's Hospital ». (*The Lancet*).

Nuovo ospedale per veterani a New York.

Il 15 settembre fu solennemente inaugurato a New York il nuovo « Veterans' Memorial Hospital », che sorge al Kings Park; è costato 3 milioni di dollari, ossia 50 milioni di lire it.; i nuovi edifizi sono in numero di 17 e possono ospitare 310 pazienti; vi sono costruzioni separate per la medicina, la chirurgia, gl'infettivi, i cronici, i convalescenti, per il personale ecc.

VI Congresso della Società Italiana di Urologia.

Errata-corrige. — Nel resoconto di questo Congresso (v. fasc. 49, pag. 1792, colonna 2ª) la conferenza sull'*Impiego dei mezzi di contrasto nello studio delle vie urinarie*, attribuita, per errore tipografico, al prof. Lasio di Milano, fu tenuta invece dal prof. A. Rossi di Parma.

Con SVANTE ARRHENIUS scompare una delle più lucide menti della scienza contemporanea.

Svante August A. Arrhenius nacque presso Upsala (Svezia), nel 1859.

Lo stesso anno 1884 in cui si laureò in scienze filosofiche e naturali, ad Upsala, fu nominato professore di fisica e chimica in quella Università. Gli è che dal 1881 al 1883 aveva già elaborato la teoria della dissociazione elettrolitica: studiando, con Erdmund, a Stoccolma, la conducibilità delle soluzioni di elettroliti, aveva dimostrato come i soluti conduttori siano parzialmente dissociati in elementi od in radicali carichi di elettricità cui dette il nome di *ioni*, e come la conducibilità sia funzione di questa dissociazione: elaborava così una dottrina rigorosamente scientifica, che è la base dell'elettrochimica moderna e che ha avuto una vasta portata in chimica ed in fisica, in biologia ed in medicina.

Egli fu poi ospite dei laboratori di Kohlrausch, Boltzmann, Ostwald, Van 't Hoff. Nel 1895 venne nominato professore di scienze fisiche alla « Stokholm Hogskole » (Scuola di alti studi di Stoccolma). Durante gli anni 1902 e 1903, negli Istituti Sierologici della Danimarca e della Prussia, in collaborazione con Madsen, studiò le reazioni fra tossine e antitossine, elaborando una concezione fisico-chimica basata sulla legge delle masse e dimostrando che si tratta di reazioni incomplete o d'equilibrio, paragonabili a quelle tra acidi e basi deboli. Sostituiva, così, la concezione di Ehrlich sui tossoidi: fu quella una lezione, impartita ai biologi, che in genere sono costretti a contentarsi di studî qualitativi, da una mente abituata all'esattezza quantitativa. Lascia altri importanti contributi alla fisica chimica.

La sua tendenza a esulare dal campo abituale di ricerche è dimostrata dallo studio dei rapporti tra fenomeni biologici e fenomeni cosmici: stato elettrico dell'atmosfera, natività, mortalità, frequenza degli accessi epilettici, mestruazione, ecc.

Grande ripercussione ebbe il suo libro « La chimica della vita moderna », scritto a 63 anni e in cui affronta il problema della ricerca di nuove energie.

Fu uno dei primi a ricevere il premio Nobel, nel 1903; ora dirigeva l'Istituto Nobel.

Mente universale, continuava in Svezia la tradizione scientifica di Scheele, Linneo, Berzelius.

L. V.

Indice alfabetico per materie.

FINE DEL VOLUME XXXIV (*Sezione Pratica*).

Il fasc. 52 contenente il frontespizio e l'indice generale sarà spedito nella prossima settimana.

Il 1° fascicolo dell'annata XXXV uscirà il 9 Gennaio 1928.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.